CENA 1 ZŁ 50 GR

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Kwiecień 1952 Nr 4



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

TREŚĆ

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek i skrótów, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Kwiecień 1952 Nr 4

W ROCZNICĘ URODZIN PREZYDENTA BOLESŁAWA BIERUTA



W dniu Jego urodzin, Prezydentowi Bolesławowi Bierutowi, Wielkiemu Bojownikowi o wolność człowieka, o Polskę niepodległą i ludową, niestrudzonemu przywódcy w walce o socjalizm i pokój — ślą z całego serca gorące życzenia wielu, wielu jasnych lat

polskie pielęgniarki

W dniu 18 kwietnia masy pracujące Polski obchodzić będą uroczyście 60 rocznicę urodzin BOLESŁAWA BIERUTA, dając dowód jak serdeczne uczucia miłości dla swojego Prezydenta żywi polska klasa robotnicza i cały nasz naród.

Z imieniem Bolesława Bieruta związane są wszystkie wielkie zdobycze społeczne, polityczne i ekonomiczne naszego Ludowego Państwa.

Od wielu lat w pierwszym szeregu w ogniu walk o wolność naszej Ojczyzny, o prawa polskiego ludu pracującego, o sprawiedliwość społeczną — stał nieugięcie Bolesław Bierut, czołowy bojownik Komunistycznej Partii Polski. Walcząc bez kompromisu o obalenie dyktatury burżuazji i obszarników, mobilizował i organizował masy pracujące przeciwko sanacyjnemu ustrojowi nędzy, głodu i zdrady narodowej. W czasie ponurej nocy okupacyjnej, jako współorganizator i członek władz centralnych Polskiej Partii Robotniczej, pracował Bolesław Bierut niestrudzenie nad zjednoczeniem wszystkich polskich ugrupowań demokratycznych i rewolucyjnych do walki o wyzwolenie kraju. On przewodził bojownikom PPR, Gwardii Ludowej i Armii Ludowej w zmaganiach na śmierć i życie z hitlerowskim barbarzyństwem.

Drogie jest każdemu, kto kocha Polskę, imię Bolesława Bieruta — kierownika frontu narodowego walki o wyzwolenie narodowe i gorącego orędownika przyjaźni ze Związkiem Radzieckim. W oparciu o sojusz ze Związkiem Radzieckim, w braterstwie broni z Armią Radziecką i wspólnocie ideologii, naród polski wywalczył swoją niepodległość państwową i zorganizował aparat władzy ludowej, na czele której postawił Tego, kto całe swoje pracowite życie poświęcił sprawie wyzwolenia ludu pracującego, sprawie dobrobytu i szczęścia naszej Ojczyzny.

Z imieniem Bolesława Bieruta związane są wszystkie wielkie zdobycze i osiągnięcia polskiego ludu pracującego zapisane w projekcie Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Wskazania Bolesława Bieruta, wskazania Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej, której On przewodniczy, są dla całego narodu drogowskazem i otuchą w codziennym trudzie realizowania wielkich zadań Planu 6-letniego, planu pomnażania sił naszej Ojczyzny i budowy socjalizmu w naszym kraju.

Na apel załogi Pa-Fa-Wagu odpowiedziały dziesiątki przodujących zakładów przemysłowych i załogi wznoszące wielkie budowle socjalizmu, podejmując zobowiązania wzmożenia walki o ponadplanową produkcję, o wyższą jakość i obniżenie kosztów własnych. Jak Polska długa i szeroka, wszędzie ludzie pracy wśród powszechnego entuzjazmu uchwalają listy, w których przesyłają swojemu Prezydentowi wyrazy miłości i przywiązania, życząc Mu długich łat życia i dalszej pracy dla dobra Polski Ludowej.

Dr KAZIMIERZ OSTROWSKI

Jak powstało życie

(Dokończenie)

Wyjaśniając rozwój istniejących organizmów, teoria ewolucji sięga w głąb epok geologicznych i szuka w nich poszczególnych ogniw łańcucha ewolucyjnego. Współczesna paleontologia (nauka zajmująca się wykopaliskami z ubiegłych epok geologicznych) dostarczyła dla tych badań wiele cennego materiału i dostarcza go nadal. Istnieje jednak w tej dziedzinie pewne ograniczenie. Mianowicie szczątki, jakie można odnaleźć, są to zazwyczaj szczątki szkieletów zwierząt, owadów, czy tkanek szkieletowych roślin. Lecz organizmy, które posiadają szkielet, stoją już wysoko na drabinie ewolucji. To też paleontologia nie może odpowiedzieć na pytanie, jak wyglądał najprymitywniejszy, pierwszy twór na ziemi.

Zagadnienie powyższe, zagadnienie powstania życia, jest do dnia dzisiejszego jednym z najbardziej pasjonujących problemów naukowych. To też aż trzy gałęzie wiedzy zajmują się obecnie tym problemem — biologia, astronomia i geologia. Teoria ewolucji udowodniła bezspornie, że rozwój świata zwierzęcego i roślinnego postępował od organizmów prostszych i mniej skomplikowanych do bardziej złożonych, o wyższej specjalizacji narządów. Stało się więc jasne, że pierwsze żywe twory na ziemi były organizmami najprostszymi, stosunkowo nieskomplikowanymi, a równocześnie w pełni przystosowanymi do ówczesnych warunków bytowania. Wystarczyło więc udowodnić, że na ziemi mógł się znaleźć, czy powstać taki prymitywny twór żyjący, aby reszta drabiny ewolucyjnej wraz z człowiekiem znalazła swego protoplastę, aby rozgałęzione drzewo genealogiczne zarówno istniejących obecnie jak i wymarłych gatunków zwierząt i roślin — znalazło swój początek.

Teoria uczonego szwedzkiego **Arrheniusa**, zwana „teorią panspermii" szczegółowo i bardzo pomysłowo ujmowała powstanie życia na ziemi. Według niej życie istnieje na licznych ciałach niebieskich, rozsianych we wszechświecie. Najprostsze zaś organizmy żywe, na przykład zarodniki bakterii, które unoszą się w atmosferze tych ciał niebieskich, odrywają się stale od planety macierzystej wraz z cząstkami atmosfery i wypadają w przestrzeń międzyplanetarną. W tej pustej przestrzeni mogą się one poruszać z dużą szybkością, dzięki ciśnieniu światła, promieniowanego przez gwiazdy. W ten sposób zdaniem Arrheniusa, tak ziemia, jak i inne planety były stale obsiewane przez zarodniki, przybywające z wszechświata. W pewnej zaś epoce geologicznej, gdy zaistniały sprzyjające temu warunki, zarodniki te zaczęły się rozwijać i zapoczątkowały okres istnienia życia na ziemi.

Pomysłowa ta teoria posiada jednak błędy i to zarówno teoretyczne jak i rzeczowe. Po pierwsze, nie tłumaczy właściwie sposobu powstawania życia na ziemi, a tylko odsuwa to zagadnienie na dalszy dystans, stwarzając nowy problem — powstania życia na innych ciałach niebieskich. Po drugie zaś, co ważniejsze, nie bierze pod uwagę czynnika wykluczającego istnienia życia w przestrzeniach międzyplanetarnych, a mianowicie istnienia promieni kosmicznych, przenikających cały wszechświat i niszczących każdą postać życia. To też nawet tak odporni przedstawiciele świata ożywionego, jak zarodniki bakterii, musiałyby zginąć napotkawszy na swej drodze w przestrzeni międzyplanetarnej promienie kosmiczne. Na ziemi zaś ochrania życie atmosfera, która pochłania znaczną część tych promieni. A więc i ta teoria okazała się fałszywa.

Źródeł życia należało szukać na ziemi. Godnym uwagi jest fakt, że kierunek i ramowy program badań naukowych tego zagadnienia podał **Engels** w swej „Dialektyce przyrody", w której nawoływał do dokładnego przebadania składu chemicznego organizmów żywych, do poznania ich struktury wewnętrznej. **Engels** pierwszy wysunął materialistyczną koncepcję powstania życia na ziemi drogą naturalnego przejścia z materii martwej do żywej. On to właśnie pierwszy uznał procesy życiowe za „sposób istnienia białek".

W czasach, na które przypada działalność **Marksa** i **Engelsa** istniały dwa przyrodnicze poglądy na całość zjawisk życiowych.

Jednym z tych poglądów był w i t a l i z m — kierunek, który wprawdzie przyznawał, że szereg zjawisk życiowych, to po prostu reakcje chemiczne i procesy fizyczne, takie same, jakie obserwuje się w świecie nieożywionym, ale równocześnie twierdził, że prócz tego w każdym organiźmie żywym tkwi „siła życiowa", siła, która w zasadniczy sposób odróżnia świat żywy od martwego. Ta „siła życiowa" była, według witalistów, siłą niematerialną i nigdzie nie spotykaną w przyrodzie poza organizmami żywymi.

Pogląd ten — szeroko ongiś wyznawany — nie może być traktowany jako teoria naukowa.

Drugą koncepcją, która stanowiła reakcję na poglądy witalistów, była teoria m e c h a n i s t ó w, traktujących zjawiska życiowe w sposób wybitnie uproszczony. Zwolennicy jej stwarzali szereg „modeli", które w sposób mechaniczny imitowały zjawiska wzrostu, odżywiania się, rozmnażania i in. Żywy organizm był, ich zdaniem, tylko bardzo skomplikowną maszyną. Mechaniści nie dostrzegali jakościowej różnicy między złożonymi procesami fizykochemicznymi, zachodzącymi w żywej materii, a procesami obserwowanymi w materii martwej.

W sporze między mechanistami a witalistami jednym z najważniejszych argumentów tych ostatnich był fakt, że związków chemicznych występujących w organizmach żywych nie można było uzyskać i przekształcić drogą laboratoryjną, podczas gdy ze związkami spotykanymi w przyrodzie martwej można było to uczynić. Te związki chemiczne, zwane związkami „organicznymi" miały być w argumentacji witalistów dowodem odrębności świata żywego, a miały powstawać w organizmach żywych dzięki działaniu owej tajemniczej siły życiowej.

Tę „nieprzekraczalną" granicę między światem żywym i martwym, przekroczył w pierwszej połowie XIX wieku chemik niemiecki **Wöhler**, który pierwszy otrzymał syntetyczny, sztucznie drogą laboratoryjną wytworzony związek organiczny — m o c z n i k.

Prawdziwym jednak twórcą „chemii organicznej" czyli chemii związków występujących u organizmów żywych, stał się uczony niemiecki **Emil Fischer.** Chemikowi temu udawała się synteza najbardziej skomplikowanych związków chemicznych, związków, które stanowią podłoże zjawisk życiowych, mianowicie — synteza białek. Chemia organiczna posiada też swój inny synonim, mianowcie — c h e m i a z w i ą z k ó w w ę g l a. Jak się bowiem w trakcie badań okazało, atomy węgla mają niezwykłą zdolność tworzenia w określonych warunkach fizykalnych, długich łańcuchów, do których przyłączają się inne atomy, najczęściej atomy wodoru, tlenu i azotu, rzadziej fosforu i siarki. Te związki chemiczne, powstające na szkielecie łańcuchów węglowych, można podzielić na trzy duże, zasadnicze grupy: cukry, tłuszcze i białka. Ta ostatnia grupa związków węgla — b i a ł k a — budzi największe zainteresowanie biologów.

Białka są związkami o niezwykle skomplikowanej budowie. Tylko niektóre rodzaje bia-



I takie stwory żyły kiedyś na ziemi...

łek znane są chemikom dokładnie. Większość jest jeszcze ciągle w stadium badań i ciągle trwają próby uczonych zsyntezynowania ich w laboratoriach. Jak powiedziano wyżej, właśnie na białka zwrócona jest szczególna uwaga biologów. Dzieje się to z tego powodu, że — jak się okazało — istnieją rodzaje białek o zupełnie sprecyzowanej budowie chemicznej i o stałych właściwościach fizycznych, które p o s i a d a j ą c e c h y ż y c i a. Białka te, które można otrzymywać sztucznie w postaci kryształków, takich samych jak kryształy np. soli kuchennej czy cukru, mają jednak tę szczególną cechę, że po rozpuszczeniu w wodzie wykazują cechy życia. Drobiny tych białek — to najmniejsze znane drobnoustroje, czyli tzw. zarazki przesączalne — w i r u s y. Białko takie, czyli wirus, jeśli wtargnie do komórki roślinnej czy zwierzęcej zaczyna prowadzić własną przemianę materii, mnożyć się, jednym słowem — żyje.

Niektórzy uczeni przypuszczają, że te białka właśnie — wirusy są najprymitywniejszą formą życia, jaka ukazała się na ziemi. Przeciwnicy tego poglądu stawiają im jednak poważny zarzut, że wirusy potrzebują do życia istnienia innej materii żywej, na której mogłyby pasożytować.

Duże zasługi dla badań nad zagadką powstania życia na ziemi położył biolog radziecki, akademik **Oparin.** Poglądy jego przestawiają się następująco:

W epoce, gdy glob ziemski składał się jeszcze z rozżarzonej masy gazowej o temperaturze, dającej się porównać z temperaturą słońca, węgiel — który jest zasadniczym pierwiastkiem materii żywej — istniał jedynie w postaci atomowej, nie związanej z żadnymi innymi pierwiastkami i nie łączącej się z sobą w łańcuchy. Gdy z biegiem czasu ziemia zaczęła stygnąć — wraz z procesem stygnięcia atomy węgla zaczęły łączyć się ze sobą i wchodzić w reakcje z atomami innych pierwiastków, a w szczególności z atomami metali ciężkich, np. żelaza.

Związki węgla z metalem zaczęły reagować z istniejącą wtedy w atmosferze ziemskiej parą wodną, z reakcji tych powstały najprostsze związki organiczne — w ę g l o w o d o r y.

Wskutek dalszego przebiegu reakcji z parą wodną, powstały w ę g l o w o d a n y, które zaczęły się przekształcać w związki bardziej skomplikowane. Związki te reagując z amoniakiem, którego znaczne ilości zawierała wtedy atmosfera ziemska, przyłączały do siebie azot.

Te proste stosunkowo związki chemiczne, składające się z atomów węgla, wodoru, tlenu i azotu istniały początkowo w postaci gazowej. Kiedy jednak temperatura ziemi spadła poniżej stu stopni, para wodna znajdująca się w atmosferze, zaczęła się skraplać i w postaci oceanu pokryła cały glob ziemski. W tym praoceanie rozpuszczały się wspomniane związki węgla.

Doświadczenia laboratoryjne dowodzą, że tego rodzaju związki, znajdujące się w roztworze przez długi okres czasu (a czas był niezmiernie długi, o wiele dłuższy niż wieloletnie nawet obserwacje laboratoryjne) wchodzą między sobą w reakcje, tworząc coraz to większe i coraz bardziej skomplikowane drobiny. Na tej drodze musiało dojść do utworzenia skomplikowanych drobin białkowych, stanowiących podstawowy budulec materii żywej. Jednakże — co jest rzeczą najważniejszą — nie wystarczy mieć materiał budulcowy, żeby móc zbudować dom. Nie wystarczy istnienie białka, żeby mogło zaistnieć życie. Materia żywa musi być zorganizowana w odpowiedni, wysoce skomplikowany sposób, w sposób, który do dziś nie jest całkowicie zbadany.

Jak więc doszło do najprymitywniejszych choćby organizacji tych, bezładnie pływających w roztworze oceanu, drobin białkowych?

Jak pouczają doświadczenia laboratoryjne, po zmieszaniu dwu różnych rodzajów białka, np. roztworu żelatyny i gumy arabskiej, drobiny tych białek zaczynają się gromadzić, łączyć i tworzyć większe skupiska, widoczne pod mikroskopem w postaci kropelek. Kropelki te mają pewną ważną cechę, mianowicie, tworzące je drobiny białek posiadają już pewną o r g a n i z a c j ę. A więc podłużne drobiny białka leżą albo prostopadle, albo równolegle do powierzchni kropli.

Co więcej, na powierzchni takiej kropli gromadzą się w określonym porządku dalsze drobiny białka, które dotychczas luźno pływały w roztworze, albo też gromadzą się inne substancje niebiałkowe, np. substancje zbliżone do tłuszczów. Tak zorganizowana kropelka rośnie, powiększa się, może łączyć się z innymi kroplami w jedną całość. Krople słabiej lub inaczej zorganizowane po pewnym czasie rozpadają się, a ich materiał budulcowy przechodzi do innych, trwalszych kropli. Tego rodzaju krople zwą się w fizyko-chemii k o a c e r w a t a m i.

Koacerwaty posiadające pewną organizację, wykazujące wzrost i rozwój, rosnące i rozpadające się, mają już pewne cechy życia. Oczywiście krople o trwalszej organizacji mają większe szanse wzrostu i przetrwania niż koacerwaty mniej udane.

Warunki bytowe, środowisko i klimat tej odległej epoki geologicznej, o której była mowa powyżej, decydowały o kierunku, w którym postępowała organizacja koacerwatów. Na skutek coraz to dalszego postępu w organizacji materii — w jakimś momencie dziejowym powolne zmiany dziejowe przeszły „skokiem" w nową jakość, stwarzając pęcherzyk o cechach życia.

Organizowanie się białek, wytworzonych w okresie ostygania globu ziemskiego, doprowadziło najprawdopodobniej do powstania życia na ziemi. Potwierdzenie tej teorii stanowią odkrycia **Olgi Lepieszyńskiej,** która udowodniła doświadczalnie istnienie materii żywej o bardzo niskim stopniu organizacji. Stopień organizacji materii żywej, obserwowanej przez **Lepieszyńską,** a pochodzącej z miażdżonych komórek stułbii — stoi prawie na tym samym poziomie, co organizacja koacerwatów.

Na pytanie czy i obecnie powstaje życie z materii nieożywionej, trudno dać konkretną odpowiedź. Należy raczej sądzić, że obecnie proces ten nie odbywa się. Mnogość drobnoustrojów, bakterii i pierwotniaków we wszystkich wodach stwarza zbyt silną konkurencję dla nowopowstającego życia. Jeżeli nawet nowe życie powstaje, to szanse jego przeżycia i rozwoju są znikome. Możliwe jest jednak, że — jak przewidywał **Engels** — uda się uczonym utworzyć życie z materii martwej drogą laboratoryjną. Czy i jak cel ten zostanie osiągnięty — pokaże najprawdopodobniej najbliższa przyszłość.

O możliwościach tych świadczą wyniki badań **Olgi Lepieszyńskiej** (patrz „Pielęgniarka Polska" Nr 7—8 1951), oraz coraz wnikliwsze badania nad chemiczną i fizyczną budową materii żywej.

Kazimierz Ostrowski

DR KAZIMIERZ ŁODZIŃSKI

Leczenie oparzeń

Co 15 lat na całym świecie umiera na skutek oparzeń 1 milion ludzi. Liczba ta wzrasta zaś niepomiernie w okresach klęsk żywiołowych. Jeżeli uwzględnimy, że większość tych ludzi ginie wkrótce po oparzeniu, stanie się zrozumiałe, jak ważne dla pracowników służby zdrowia jest poznanie istoty oparzeń i zasad skutecznego udzielania pomocy.

W roku 1925 wydawało się już, że znaleziono wreszcie skuteczny środek na leczenie oparzeń. Lekiem tym miała być **tanina,** jeszcze szeroko do dziś stosowana. Nie było to jednak ostatnie słowo w terapii oparzeń. Przyczynowe, skuteczne leczenie zaczęło się właściwie dopiero przed kilku laty tj. od momentu, kiedy zrozumiano istotę uszkodzeń, jakie powstają w ustroju na skutek oparzenia.

Jeżeli znowu sięgniemy do statystyki, to przekonamy się że w latach poprzedzających ostatnią wojnę oparzenia obejmujące ponad 40 procent powierzchni ciała z reguły kończyły się śmiercią. W dzisiejszej dobie ofiary oparzenia nawet do **60 proc.** powierzchni ciała — przy prawidłowym leczeniu mogą być uratowane. Nowoczesne leczenie bardzo szybko przywraca prawidłową, fizjologiczną czynność oparzonych narządów, a równocześnie zmierza do jak najlepszych wyników pod względem kosmetycznym.

SKUTEK OPARZENIA

Dla oceny stopnia ciężkości przypadku użyliśmy określenia „% oparzonej powierzchni ciała". Jest to charakterystyczny, a zarazem praktycznie bardzo ważny szczegół. Okazuje się bowiem, że nie stopień oparzenia decyduje o ciężkości danego przypadku. Oparzenie I czy II stopnia, obejmujące większą powierzchnię ciała, może zakończyć się śmiertelnie, gdy tymczasem oparzenie III stopnia, a nawet zwęglenie tkanek na małej powierzchni może nie wywrzeć większego wpływu na ogólny stan zdrowia. Uprzytomnienie sobie tego ułatwi nam zapoznanie się z nowoczesnym kierunkiem leczenia oparzeń. Oparzenia nie należy rozpatrywać jako miejscowe tylko uszkodzenie skóry, gdyż istota cierpienia sięga o wiele dalej niż to można stwierdzić gołym okiem, oglądając zniszczone tkanki zewnętrzne.

UTRATA BIAŁKA

Ktokolwiek widział oparzoną powierzchnię ciała, pamięta, że miejsce to jest zawsze mokre. Jeśli ktoś stosował na taką ranę roztwór taniny widział charakterystyczną reakcję chemiczną — kwas taninowy powodował ścięcie się płynu na powierzchni oparzenia. A zatem płyn wyciekający z rany musi zawierać b i a ł k o. Skądinąd wiemy, że białko jest podstawowym materiałem budulcowym naszego organizmu i utrata białka nie może być obojętna dla ustroju. Jednakże nie samo białko wycieka tak obficie ze zniszczonych naczyń krwionośnych oparzonej powierzchni ciała, wraz z białkiem ustrój traci wodę i inne ważne składniki — sód, chlor, potas, wapń itd.

BÓL

Jednocześnie na całej przestrzeni oparzenia następuje gwałtowne p o d r a ż n i e n i e c z u c i o w y c h z a k o ń c z e ń n e r w o w y c h. Te patologiczne bodźce biegną wzdłuż nerwowych włókien czuciowych do centralnego układu nerwowego, do mózgowia, drażniąc je w sposób nieprawidłowy. Z nauki Pawłowa wiemy, że nieprawidłowa czynność kory mózgowej działa z kolei niekorzystnie na funkcje komórek i tkanek całego organizmu. Nie trudno się domyśleć, że stan taki powoduje coraz cięższe zaburzenia i może doprowadzić nawet do śmierci wskutek zahamowania najważniejszych czynności życiowych.

ODWODNIENIE

Gwałtowna utrata płynów powoduje o d w o d n i e n i e organizmu — bardzo groźny stan, w którym dochodzi do zagęszczenia krwi i do z m n i e j s z e n i a i l o ś c i k r w i k r ą ż ą c e j. Zmniejszenie ilości krwi krążą-

cej pociąga za sobą zmniejszenie pojemności wyrzutowej serca. Rezultatem tego jest niskie ciśnienie krwi, zwolniony i zmniejszony przepływ krwi przez naczynia krwionośne, a tym samym gorsze ukrwienie komórek i tkanek.

NIEDOTLENIENIE

Krew niesie komórkom pożywienie, a przede wszystkim tlen. Zmniejszony przepływ krwi powoduje niedotlenienie organizmu — nowe groźne niebezpieczeństwo. Bez tlenu życie jest niemożliwe. Ustrój broni się przed brakiem krwi i tlenu. Naczynia włosowate rozszerzają się, a z wolno przepływającej krwi komórki wychwytują jak najwięcej potrzebnego tlenu.

KWASICA — ZATRUCIE

Ale z rozszerzonych naczyń jeszcze łatwiej ucieka osocze, płynna część krwi. We krwi gromadzi się w nadmiarze dwutlenek węgla, co z kolei wywołuje nowy groźny stan — kwasicę, która jeszcze bardziej pogłębia zaburzenia ogólne. W naczyniach krwionośnych jest coraz mniej krwi, żyły są prawie puste, coraz mniej krwi dopływa do serca i coraz bardziej zmniejsza się pojemność wyrzutowa serca.

SZOK

Powstaje bardzo groźny dla organizmu stan, który nazywamy — wstrząsem — szokiem. Wstrząs z oparzenia jest tym groźniejszy, że pogłębia go wchłanianie produktów rozpadu uszkodzonych tkanek w miejscu oparzenia, które to produkty stają się przyczyną ciężkiego zatrucia.

ZAKAŻENIE

Jeżeli jeszcze uprzytomnimy sobie, że przez obnażoną powierzchnię skóry ustrój traci ciepło, a dalej, że rozległa, otwarta rana stanowi doskonałe wrota dla drobnoustrojów chorobotwórczych, dopełni się obraz ciężkiego stanu chorobowego w wyniku rozległego oparzenia.

Reasumując: w każdym przypadku rozległego oparzenia należy ratować nie tylko uszkodzenia widoczne gołym okiem na powierzchni ciała, ale główny wysiłek skierować na likwidację takich groźnych skutków oparzenia, jak: ból, odwodnienie, utrata białek i krystaloidów, zatrucie organizmu oraz niebezpieczeństwo zakażenia.

PIERWSZA POMOC

Główną troską leczącego musi być niedopuszczenie, względnie energiczne wyprowadzenie chorego z wstrząsu pooparzeniowego, który to stan w szybkim czasie doprowadzić może do zejścia śmiertelnego.

Opisane wyżej zmiany powstają kolejno po sobie w momencie oparzenia i w ciągu kilku następnych godzin. Wtórny wstrząs, jeśli się rozwinie, może w parę godzin po oparzeniu doprowadzić do śmierci, jednak wstrząs pierwotny spowodować może zgon jeszcze na miejscu wypadku. Wniosek stąd prosty — **pomoc musi być udzielona niezwłocznie.** Ale nie tylko szybkość działania jest najważniejszym warunkiem prawidłowego udzielenia pomocy oparzonym. Pomoc musi być od pierwszych chwil udzielana umiejętnie.

Rozpatrzmy zatym kolejno sposób udzielania pierwszej pomocy w przypadkach oparzeń na miejscu wypadku, a następnie omówimy zasady leczenia oparzeń w zakładach leczniczych.

Pierwszą zasadniczą czynnością ratującego będzie usunięcie chorego z terenu działania wysokiej temperatury, a więc zlikwidowanie płomienia, zagaszenia ognia, wyniesienie ofiary z płonącego budynku, skierowanie nań strumienia wody, szybkie wyjęcia dziecka z gorącej kąpieli , przerwanie dopływu prądu w razie porażeń elektrycznością itd.

OGIEŃ

Jeżeli na człowieku płonie odzież, należy nań narzucić koce, płachty itp., względnie stłumić ogień kładąc nieszczęśliwego na ziemi. W zasadzie odzieży zdejmować nie należy, chyba że płonie i powoduje dalsze obrażenia. Jeżeli mamy odpowiednie warunki — czysty, ciepły lokal, wystarczającą ilość jałowego materiału opatrunkowego, a wreszcie zapewnione środki transportu — możemy zdjąć odzież, pokryć oparzone miejsca jałowym optrunkiem, zawinąć chorego w jałowe prześcieradła, następnie

zaś okryć kocami i niezwłocznie odesłać do zakładu leczniczego. Należy zawsze pamiętać o możliwości wstrząsu i o tym, że **szok może wystąpić bardzo szybko.**

Przed wysłaniem do szpitala należy chorego ciepło okryć, podać mu jakiś ciepły napój lub wódkę. W niektórych wypadkach, jako środek przeciwbólowy i zapobiegający wstrząsowi, podaje się morfinę lub pantopon w injekcji podskórnej.

Po oparzeniu powinno się również stosować surowicę przeciwtężcową. Oczywiście, jeżeli pacjent dostanie się szybko do szpitala, otrzyma ją już na miejscu.

PRĄD

W przypadkach porażenia prądem elektrycznym występuje szereg zaburzeń zarówno ogólnych, jak i miejscowych: sinica lub wybitne zblednięcie skóry, zaburzenia oddychania, zaburzenia akcji serca, czasem — nagła śmierć na skutek porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego. Miejscowe zmiany mogą być bardzo głębokie i budzić obawę o wtórny krwotok.

W oparzeniach elektrycznością bardzo ważne jest ratowanie nieprzytomnych stosując sztuczny oddech nawet przez kilka godzin. Nie wolno rezygnować ze sztucznego oddychania tak długo, dopóki stwierdza się dowody działalności narządu krążenia, a także przynajmniej pół godziny od chwili, gdy objawów tych nie udaje się nam wykryć. W praktyce nie należy przerywać sztucznego oddychania przed przybyciem lekarza. Dodatkowo można podać amoniak do oddychania i wstrzyknąć podskórnie kamforę, kofeinę lub lobelinę.

PIORUN

W przypadku rażenia piorunem należy ofiarę rozebrać, oblewać głowę zimną wodą oraz stosować obmywanie całego ciała chłodną wodą. W razie potrzeby stosować sztuczne oddychanie.

OPARZENIA CHEMICZNE

Pierwsza pomoc w przypadkach oparzenia chemicznego, zasadami lub kwasami, sprowadza się do obmycia uszkodzonych części ciała dużą ilością wody. W oparzeniach stężonymi kwasami stosuje się nadto obmywanie wodą mydlaną lub 2% roztworem sody, w oparzeniach zaś mocnymi zasadami używa się słabych kwasów, jak np. kwas cytrynowy lub octowy. Po zobojętnieniu kwasami lub zasadami stosuje się znów obfite przemywanie wodą.

W czasie ubiegłej wojny zdarzały się często oparzenia gazoliną, olejem, fosforem, oparzenia w płonących budynkach, czołgach, samolotach itd. Szczególnie liczne były oparzenia fosforem. Bomby i pociski fosforowe rozpryskiwały się i zapalały w powietrzu; wiele cząstek fosforu dostawało się w fałdy skóry i tu dopiero zapalało, powodując dotkliwe oparzenia. W tych razach oparzone miejsca przemywano obficie wodą, która gasiła ogień i wypłukiwała resztki fosforu. W podobnych wypadkach nie należy stosować żadnych m a ś c i . Bardzo skuteczne jest przemywanie i okłady z 3% roztworu dwuwęglanu sody. Następnie przemywa się dodatkowo miejsce oparzone 2% siarczanem miedzi, usuwa się powstały ciemny fosforan miedzi i zakłada jałowy opatrunek.

W oparzeniach gazami bojowymi w pierwszym rzędzie obowiązuje leczenie przeciwszokowe. Jeżeli chory jest siny, obowiązuje jak najszybsze p o d a w a n i e t l e n u, poza tym zaś zwykłe postępowanie przeciwszokowe. W oparzeniach iperytem, po dokładnej kąpieli 2% roztworem chloraminy i usunięciu ubrania, stosuje się na oparzone miejsca okłady z wody Burowa lub 5% alkoholowego roztworu mentolu, fiolet gencjany lub zieleń brylantową.

Charakterystyczne są oparzenia lotników, ubranych w ochronne kombinezony. Lotnik przed działaniem promieni ratuje przede wszystkim twarz, zasłaniając ją rękami, dlatego najczęściej oparzenia występują na grzbietach rąk, szyi, policzkach i uszach. W leczeniu tych spraw niezwykle wielką wagę przywiązuje się do zachowania czynności oparzonych narządów.

JAŁOWOŚĆ

Przy oparzeniach I czy II stopnia na ograniczonej przestrzeni, jeśli mamy odpowiednie po temu warunki, możemy udzielić pomocy na miejscu wypadku. Opatrunek powinien być wykonany w sposób jałowy. Od zasady j a ł o w o ś c i bezwzględnie odstępować nie wolno.

ALKOHOL
TANINA
NADMANGANIAN POTASU
SODA

Wyjałowioną gazę lub inną tkaninę należy umoczyć w spirytusie bądź w 4% spirytusowym roztworze taniny, bądź w 5% roztworze nadmanganianu potasu, bądź wreszcie w 3% roztworze sody i nałożyć na oparzone miejsce, umocowując opatrunek jałowym bandażem.

Prawidłowo założonego opatrunku nie należy zdejmować do 10 dni. Przeciwwskazane jest używanie m a ś c i, w o d y w a p i e n n e j, o l e j u l n i a n e g o, m a s ł a, o l i w y itp. Środki te nie tylko nie pomagają, ale stają się przyczyną zakażenia rany.

W wielu wypadkach stosuje się miejscowo barwiki — zieleń brylantową, merkurochrom itp. Będziemy o tych sprawach mówić w dalszej części niniejszego artykułu.

W wypadkach rozległych oparzeń nie należy stosować w ogóle żadnych środków, lecz zadowolić się nałożeniem jałowych opatrunków i przesłać ofiary wypadku do zakładu leczniczego.

LECZENIE OGÓLNE

Z chwilą przybycia chorego do szpitala rozpoczyna się energiczne — decydujące i ostateczne leczenie. Leczenie to składa się z dwu zasadniczych elementów: a) leczenia ogólnego i b) miejscowego.

Prawidłowe skoordynowanie obydwu metod prowadzi do wyleczenia chorego.

Naczelnym i podstawowym obowiązkiem leczącego powinno być zabezpieczenie lub jak najszybsze wyprowadzenie chorego z ciężkiego stanu wstrząsu. Leczenie miejscowe musi wspomagać leczenie ogólne, ma zabezpieczać organizm przed inwazją drobnoustrojów chorobotwórczych, a wreszcie — zapewnić względy kosmetyczne i czynnościowe, zapobiegać powstawaniu zrostów i ściągających blizn szpecących i utrudniających wykonywanie zawodu.

BADANIA

Rozpoznanie ciężkiego stanu chorego i dokładne orientowanie się każdej chwili co do jego zdolności do życia jest możliwe tylko na podstawie dokładnych i szczegółowych badań. Większość badań wykonuje lekarz, lecz niewątpliwie ważne jest, by znał je również średni personel medyczny. Waga tych badań jest wielka, od ich wyniku zależy wybór i dawkowanie środków terapeutycznych.

Każdy oparzony powinien mieć specjalne karty, na których odnotowuje się wyniki badań:

1. k a r t ę c i ś n i e n i a k r w i, gdzie co kilka godzin, zależnie od zwyczajów danego oddziału, odnotowuje się wysokość ciśnienia krwi (w zasadzie w ciągu pierwszych 48 godzin powinno się mierzyć ciśnienie co 2 godziny);

2. równocześnie z badaniem ciśnienia krwi należy na karcie gorączkowej odnotowywać częstość tętna i oddechu;

3. codziennego dowozu i wydalania płynów, obliczając jednocześnie ciężar właściwy moczu; kartę tę należy prowadzić przynajmniej przez pierwsze 3 dni, a właściwie tak długo, dopóki chory wydala poniżej 1200 ml płynu na dobę.

Pozostałe badania, jakie należy automatycznie przeprowadzać, to: a) określenie h e m a t o k r y t u w zakładach, w których określenie hematokrytu jest niedostępne, wykonuje się badania ilości ciałek czerwonych krwi i hemoglobiny. Badania te przeprowadza się co 3 godziny w ciągu pierwszych 12 godzin choroby, a później — w zależności od tego, czy poziom hematokrytu jest duży czy nie. Badanie to wskazuje nam na ewentualne zagęszczenie krwi, czyli na zmniejszenie się ilości krwi krążącej, a tym samym wyjaśnia, czy mamy do czynienia z rozwijającym się wstrząsem;

b) codzienne określanie leukocytozy;

c) badanie moczu.

W klinikach i instytutach medycznych przeprowadza się ponadto chemiczne badanie składu krwi, które określa zawartość białek, plazmy, chlorków, potasu itp.

Podstawowe i najważniejsze badania, to mierzenie ciśnienia krwi, obliczanie tętna i częstości oddechu, a z badań laboratoryjnych — obliczanie hematokrytu.

ZWALCZANIE BÓLU

Leczenie ogólne rozpoczynamy od zwalczania bólu, ponieważ ból może być sam czynnikiem wywołującym wstrząs; w tym celu podaje się chorym morfinę lub pantopon.

Tylko w wyjątkowych przypadkach, mianowicie gdy mamy do czynienia z zaburzeniami oddechowymi znacznego stopnia, morfina może być przeciwwskazana.

W niektórych szpitalach stosuje się znieczulenie ogólne (eter, podtlenek azotu itp.). Narkozy wziewnej nie powinno się stosować w tych razach, gdyż dym jaki zazwyczaj towarzyszy oparzeniu niewątpliwie podrażnił już tkankę płucną.

PLASMA

Z chwilą wykonania podstawowych badań wstępnych i zastosowania środków przeciwbólowych trzeba niezwłocznie rozpocząć zasadnicze leczenie ogólne — n a w o d n i e n i e chorego oraz w y r ó w n a n i e j e g o b i l a n s u b i a ł k o w e g o i s o l n e g o.

Najlepszym środkiem do tego celu jest plasma lub krew. Zanim jednak przygotuje się plasmą czy krew, trzeba założyć kroplówkę dożylną z roztworu soli fizjologicznej i w tym czasie możemy swobodnie przeprowadzać badania hematokrytu, ciśnienia krwi itd.

Chorego kładzie się do łóżka i zapewnia mu jednocześnie idealny s p o k ó j. Pamiętać należy o u n i e s i e n i u n ó g r a z e m z ł ó ż k i e m k u g ó r z e. Temperatura ootczenia powinna być umiarkowana; zbytnie gorąco lub zimno może powodować pogłębienie wstrząsu.

W miarę potrzeby należy podawać choremu środki przeciwbólowe i uspokajające oraz środki podtrzymujące układ krążenia i oddechowy.

Po przeprowadzeniu zasadniczych badań należy przystąpić do przetaczania dożylnie plasmy, jako podstawowego leku w stanach wstrząsu pooparzeniowego.

PROCENTOWE OKREŚLENIE OPARZONEJ POWIERZCHNI

Istnieje specjalna metoda obliczania ilości plasmy koniecznej do przetoczenia. Metoda ta określa, jaki procent powierzchni ciała został objęty oparzeniem. Ustalenie tego procentu pomaga w określeniu ciężkości przypadku, a jednocześnie ułatwia dawkowanie plasmy.

Sposób radziecki POSTNIKOWA polega na obrysowaniu konturów oparzenia na przeźroczystym wyjałowionym papierze, który przykłada się do rany. Papier ten kładzie się na specjalne arkusze, gdzie na podziałce milimetrowej odczytuje się powierzchnię oparzenia, a następnie oblicza się z tablic procent oparzonej powierzchni ciała.

W oparzeniach u dzieci stosuje się metodę LUNDA i ROSSA. U dorosłych odpowiednikiem jej jest metoda BERKOWA.

Tabela według BERKOWA przedstawia się następująco:

a) głowa 6%

b) kończyny górne 18%

oba ramiona i przedramiona 13,5%
obie ręce 4,5%

z tego —
ramię 3,5%
przedramię 3,25%
ręka 2,25%

c) tułów 38%
przednia powierzchnia 20%
tylna powierzchnia 18%

z tego
przednia powierzchnia
— część górna wraz z szyją 7%
część środkowa 6%
część dolna 7%

tylna powierzchnia
— część górna wraz z szyją 9%
część dolna 9%

d) kończyny dolne 39%
oba uda 19%
oba podudzia 13, 2/3%
obie stopy 6, 1/3%.

W myśl tej metody na każdy 1% oparzonej powierzchni ciała należy podać 50 ml plasmy.

PODAWANIE TLENU

Niezależnie od przetaczanej plasmy krwi, czy innych płynów zastępczych, w leczeniu oparzeń pamiętać należy o prawidłowym utlenianiu organizmu. Niezbędne więc jest, zwłaszcza w najcięższych dla chorego okresach, podawanie dostatecznej ilości t l e n u. Tlen zapobiega zatruciu organizmu, jest bardzo pomocny przy zwalczaniu wstrząsu i należy go szeroko w tych razach stosować.

Tlen podawać można przez maskę, co umożliwi pacjentowi utrzymanie stałego poziomu tlenu w powietrzu pęcherzykowym płuc; gorszą metodą jest podawanie tlenu przez rurkę i lejek, umocowany około nosa i ust. Najkorzyst-

niejsza jest metoda podawania tlenu przez kateter nosowy lub umieszczenie chorego w namiocie tlenowym.

W ciężkich przypadkach należy z reguły używać namiotów lub masek.

W ostatnich latach w przypadkach ciężkich oparzeń zaczęto podawać preparaty kory nadnercza, jako środki odtruwające organizm.

Wszystkie te zabiegi w sumie umożliwiają wyprowadzenie chorego z wstrząsu i przystąpienie do następnego, nie mniej ważnego etapu leczenia tj. do leczenia miejscowego.

LECZENIE MIEJSCOWE

Leczenie to należy rozpocząć z chwilą wyprowadzenia chorego z wstrząsu, nie później jednak niż w 5 godzin od momentu oparzenia.

Leczenie miejscowe ma na celu:

zapobiegać zakażeniu,

zapobiegać utracie płynów przez uszkodzoną powierzchnię,

znosić lub zmniejszać ból,

chronić przed uszkodzeniem tkanki, która zachowała pewną żywotność, szybko usuwać tkanki martwicze, aby stworzyć możliwość szybkiego zagojenia i zastosowania wczesnych przeszczepów skórnych.

NAJWYŻSZA ASEPTYKA

Podkreślić należy, że miejscowe leczenie oparzeń należy przeprowadzać w warunkach idealnej aseptyki. Zabieg musi być wykanany na sali operacyjnej, a lekarz i personel pomocniczy powinien być ubrany w jałowe fartuchy i maski. Również twarz pacjenta należy osłonić maseczką gazową. Jeżeli jałowe postepowanie obowiązuje nawet w razie małych zranień, to jest oczywiste, że w przypadkach tak rozległych ran, jakie obserwuje sie przy oparzeniach staje się ono bezwzględną koniecznością.

Od zasady bezwzględnej jałowości w leczeniu oparzeń odstępować nie wolno!

Dla jak najlepszej izolacji oparzonych, celem zabezpieczenia ich przed zakażeniem, utworzono w Związku Radzieckim oddzielne szpitale, gdzie leczy się wyłącznie oparzonych, zaś w innych szpitalach przeznacza się dla oparzonych specjalne sale.

W zasadzie istnieją dwie metody leczenia miejscowego:

opatrunek uciskowy

i leczenie pod strupem

OPATRUNEK UCISKOWY

W warunkach całkowitej aseptyki, po uprzednim podaniu środków przeciwbólowych, oczyszcza się ranę po oparzeniu za pomocą letniej wody i białego, jasnego mydła. Jednocześnie usuwa się otwarte pęcherze, ostrożnie, by nie wywołać krwawienia. Następnie ranę pokrywa się natłuszczoną gazą, o dużych oczkach — kanwą. Drugą warstwę opatrunku stanowi gaza zwilżona w rozczynie soli fizjologicznej. Trzecią, grubszą warstwę stanowi gaza prasowana, szarpie, względnie specjalnie do tego celu używane gąbki morskie. Opatrunek umocowuje się opaską elastyczną. Grubość całego opatrunku wynosi około 15 cm.

Do najważniejszych zalet, które wysuwają opatrunek uciskowy przed inne metody miejscowego leczenia oparzeń należą:

ochrona przed utratą płynów,

wchłonięcie przez opatrunek trujących produktów powstających w samej ranie,

utrzymanie odpowiedniej wilgotności rany,

zapobieżenie nadmiernemu bujaniu ziarniny.

Opatrunek uciskowy, wykonany prawidłowo, prowadzi bardzo szybko do wygojenia. Zazwyczaj 10, najdalej zaś 20 dnia zdejmuje się opatruek i jeśli rana nie jest pokryta naskórkiem, pokrywa się obnażoną powierzchnię świeżymi przeszczepami naskórka. pobranego z innego miejsca skóry pacjenta. Szybkie wykonanie przeszczepu jest niezwykle dla oparzonego korzystne. Unika się przez to długotrwałego leczenia, w wyniku którego dawniej powstawały z reguły rozległe, szpecące i ściągające blizny.

LECZENIE POD STRUPEM

Ta metoda jest stosowana przy oparzeniach mniej rozległych, albo jeżeli nie ma warunków dla założenia opatrunku uciskowego. Polega ona na wygarbowaniu całej powierzchni oparzonej środkiem ściągającym, w wyniku czego rana pokrywa się mocnym i suchym strupem, który zapobiega utracie płynów i częściowo — wsysaniu się z powierzchni ciał trujących.

Najbardziej jest znany sposób wprowadzony w 1925 r. przez DAWIDSONA, zmodyfikowany następnie przez BETMANA; polega on na smarowaniu oczyszczonej powierzchni oparzonej

5% roztworem taniny, a następnie 10% roztworem azotanu srebra. Miejsce oparzone natychmiast czernieje i pokrywa się strupem, który szybko zasycha i twardnieje.

Przytaczam tu nazwiska autorów, ponieważ sposób ten stanowi niewątpliwy przewrót w leczeniu oparzeń. Uczeni radzieccy proponują dla tego sposobu nazwę NIKOLSKIEGO - BETMANA, albowiem NIKOLSKI jeszcze w 1888 r. rzucił myśl leczenia oparzeń roztworem taniny i mieszanki eterowo-spirytusowej. Ówcześni lekarze nie doceniali tego sposobu i dopiero po 37 latach DAVIDSON zaproponował posypywanie oparzonej skóry sproszkowaną taniną. Dzisiejszą praktyczną metodę koagulacyjną podał BETMAN. Sposób ten z dobrym wynikiem stosować można na rękach i twarzy, przy czym nie pokrywa się później oparzonego miejsca żadnym opatrunkiem bezpośrednim. Rozczyn taniny w połączeniu z azotanem srebra tworzy niewchłaniający się związek chemiczny, nie ma więc obawy, aby produkty te mogły wywierać jakiś szkodliwy wpływ na ustrój. W razie tworzenia się pod strupem ropy należy jej ułatwić odpływ, chociaż zwykle odpływ taki następuje samoistnie. Strup chroni ranę przed czynnikami zewnętrznymi i zastępuje w ten sposób opatrunek.

Sposób ten można kombinować różnymi roztworami antyseptycznymi, jak fiolet gencjany, zieleń brylantowa, merkurochrom. Przez stosowanie barwików bakteriobójczych zabezpiecza się miejsca oparzone przed inwazją drobnoustrojów, jednocześnie zaś barwik ułatwia tworzenie się strupa. Merkurochrom okazał się bardzo praktycznym środkiem w chirurgii dziecięcej. Roztwór zieleni brylantowej, wprowadzony do lecznictwa w 1934 r. przez KORITKINA i NOWIKOWA wywiera działanie bakteriostatyczne i bakteriobójcze skierowane przeciwko bakteriom gramoujemnym, a więc takim np., które nie poddają się działaniu penicyliny.

METODA KĄPIELI SOLANKOWYCH

Metoda ta jest godna polecenia przy oparzeniach okolic pachy, szyi, stawów, gdzie brak dostępu na założenie opatrunku i gdzie zachowanie czynności narządu ma pierwszorzędne znaczenie.

Zwolennicy tej metody podkreślają, że kąpiel znosi ból nawet najbardziej dokuczliwy, sprawia więc wielką ulgę pacjentowi oraz pozwala na wczesne wykonywanie ruchów w stawach, co zapobiega przykurczom i zesztywnieniu.

Kąpiele przeprowadza się w 2 lub 3% roztworze soli kuchennej o temperaturze 37°. Stosuje się je niekiedy w pierwszym okresie, po czym zakłada się opatrunek uciskowy z wazeliną; częściej jednak kąpiele stosuje się w okresie przygotowania do przeszczepów.

SPOSÓB OTWARTY BEZOPATRUNKOWEGO LECZENIA RAN

Jest to sposób dziś szeroko stosowany w Związku Radzieckim. Początkowo wykonuje się kąpiel w słabym roztworze nadmanganianu potasu, po czym układa się chorego w łóżku i przykrywa wyjałowionymi serwetami. Bieliznę pościelową zmienia się codziennie. Dla ochrony przed ewentualnym kurzem zakłada się specjalne rusztowanie, pod pokrywą zaś z serwet i prześcieradeł umieszcza się lampy dla nagrzewania chorego. W późniejszym okresie stosować można lampy Sollux lub lampę kwarcową.

Jeżeli pod strupem gromadzi się wydzielina, należy go podciąć. Po samoistnym oddzieleniu się strupa zakłada się opatrunki z maści tranowej.

W dalszym etapie leczenia dokonuje się przeszczepu.

INNE SPOSOBY MIEJSCOWEGO LECZENIA OPARZEŃ

Codziennie czy to w pracy, czy w domu, niemal na każdym kroku spotykamy się z powierzchownymi oparzeniami na małej przestrzeni. Należy zawsze pamiętać, że takie rany wymagają ścisłej aseptyki. Poza wyżej przytoczonymi metodami leczenia pod strupem, które dają gwarancję szybkiego wygojenia, stosować można również jałowe opatrunki z gazy zwilżonej 3% roztworem sody. Po tych zabiegach obserwuje się zwykle szybkie gojenie oparzonej powierzchni, przy czym blizna jest prawie niewidoczna, co ze względów kosmetycznych ma duże znaczenie. Można również stosować suche, jałowe opatrunki z proszkiem sulfothiazolowym lub maścią penicylinową. Dobry, aczkolwiek bolesny jest opatrunek z czystego spirytusu.

REASUMUJĄC

Reasumując przegląd nowoczesnego leczenia oparzeń podkreślić należy kilka zasadniczych momentów.

Oparzenie nie jest sprawą tylko miejscową, dlatego też wymaga przede wszystkim leczenia ogólnego, w pierwszym rzędzie wyprowadzenia chorego z wstrząsu pooparzeniowego. Dopiero później przystąpić można do leczenia ogólnego, w którym obowiązuje jak najdalej idąca aseptyka. Wszystkie manipulacje muszą być zawsze wykonane w sposób jałowy.

Po okresie wstrząsu w ciężkim, rozległym oparzeniu, ofiara przechodzi okres zatrucia, którego objawy mają swe odzwierciedlenie w badaniach analitycznych. I tak stwierdza się brak chlorków we krwi i moczu na skutek ucieczki chlorków do miejsca oparzonego, wzmożenie we krwi szkodliwych dla ustroju resztek azotowych (mocznik), kwasicę, zaburzenia w gospodarce węglowodanowej, co odbija się oczywiście na ogólnym stanie chorego.

Ciężkie stany zatrucia zwalcza się podawaniem 5% glukozy (w kroplówkach dożylnych), wyciągu z kory nadnerczy, dezoksykorticosteronu łącznie z dużymi dawkami witaminy C, podawaniem tlenu itd.

Po okresie zatrucia zjawia się nowe niebezpieczeństwo — obawa przed zakażeniem. Podstawowym środkiem w celu niedopuszczenia do infekcji jest prawidłowe, j a ł o w e leczenie miejscowe, zgodnie z wyżej opisanymi zasadami. Ponadto z reguły stosuje się leki bakteriostatyczne i bakteriobójcze. Z drobnoustrojów atakujących oparzoną powierzchnię ciała wymienić należy gronkowca, paciorkowca hemolitycznego, inne bakterie GRAMOujemne, niekiedy laseczniki błonicy itd. Najbardziej znaną postacią zakażenia przyrannego w oparzeniach jest, tzw. szkarlatyna przyranna. Ze względu na rozmaitość flory bakteryjnej sposoby zwalczania muszą być wielorakie, dlatego nie należy ograniczać się do stosowania wyłącznie sulfonamidów czy samej penicyliny, lecz stosować oba te środki w odpowiednich dawkach.

Stan ogólny chorego, który musi zwalczyć tyle przeciwności, nie poprawia się tak szybko. Często zjawia się niedokrwistość już to jako wynik bezpośredniego uszkodzenia krwinek czerwonych (hemoliza), już to na skutek toksycznego uszkodzenia szpiku kostnego, już to na skutek późniejszej utraty krwi z powierzchni ziarninującej rany. Stany te wymagają częstych przetaczań krwi jednoimiennej. Leczenie krwią wspomagać należy podawaniem wyciągów wątrobowych, preparatów żelaza, a przede wszystkim odpowiednim odżywianiem.

LECZENIE DIETETYCZNE

Leczenie dietetyczne jest niezwykle pożyteczne w leczeniu oparzeń, a prawidłowo ułożony jadłospis jest jednym z nieodzownych warunków szybkiego powrotu pacjenta do zdrowia.

W leczeniu dietetycznym należy uwzględnić przede wszystkim to, że organizm traci dużo białka. Dzienny dowóz białka w pokarmie dorosłego powinien wynosić około 140 g, węglowodanów 250 g, tłuszczów 100 g. Poza tym pokarm zawierać musi odpowiednie ilości soli, żelaza, siarki i witamin. Nie trzeba dodawać, że pokarm powinien być przyrządzony smacznie i estetycznie. Nigdzie może tak, jak właśnie w tym cierpieniu trzeba zaspakajać kaprysy chorego, podając mu to pożywienie, na które ma największą ochotę.

W razie niemożności samodzielnego przyjmowania pożywienia, karmi się chorego za pomocą zgłębnika jakąś mieszanką wysokokaloryczną. Dla przykładu podaję mieszankę LERENSONA, która składa się z 8 jaj, 110 g soku z pomarańczy, 900 g mleka zbieranego, 3 łyżek piany piwnej, 280 g laktozy — co daje razem 2050 kalorii.

Dzienne zapotrzebowanie człowieka pracującego wynosi około 3 000 kalorii, w spoczynku natomiast ilość 2 000 kalorii może być przez jakiś czas wystarczająca. W razie potrzeby można dodać przez zgłębnik nieco siekanej wątroby i cielęciny.

Szczególnie wskazane jest podawanie żółtek jaj, które zawierają siarkę. Ma to przyspieszać gojenie i naskórkowanie.

Z preparatów witaminowych stosuje się dziennie 5 000 j. m. witaminy A, 2 mg B_1, 3 mg B_2, 400 j. m. witaminy D, PP, kwas nikotynowy 20 mg i wreszcie duże ilości witaminy C, 150 mg — 1 g.

Kazimierz Łodziński

DR WACŁAW LIETZ

Biegunki letnie niemowląt

Zbliża się lato, a z nim szczególnie dla niemowląt niebezpieczny okres biegunek letnich. Aczkolwiek biegunki są dla niemowląt w ciągu całego roku schorzenia bardzo groźnym, to jednak w okresie upałów ilość zachorowań jest tak wielka, że przybiera wręcz charakter epidemii. Sprawia to, że wśród przyczyn ogólnej śmiertelności niemowląt biegunki letnie zajmują ciągle jeszcze jedno z naczelnych miejsc.

Sezonowy charakter epidemii, trwającej od czerwca do września, zależy od następujących czynników:

1) od obniżenia odporności niemowląt na skutek upałów,

2) od wzmożenia zjadliwości drobnoustrojów chorobotwórczych, które w tym okresie znajdują doskonałe warunki dla swego rozwoju i rozmnażania się,

3) od plagi much — głównych roznosicieli zarazków, i

4) od szczególnie łatwego psucia się wszelkich artykułów spożywczych.

Do przyczyn, które usposabiają do ostrych nieżytów żołądkowo-jelitowych, należą momenty często niestety nie doceniane jak: zbyt nagłe, zbyt pośpieszne odstawianie od piersi, jak przekarmianie nadmiarem mleka krowiego, które przecież jest o wiele bardziej trudnostrawne niż pokarm kobiecy, oraz nieracjonalne dodawanie do mieszanek pewnych składników odżywczych, nieodpowiednich dla niemowląt ani co do ilości, ani co do jakości. Trzeba również zwrócić uwagę na pewnego rodzaju głodzenie niemowlęcia tj. pozbawiania go przez pewien czas niektórych koniecznych dla życia składników pokarmowych; zdarza się tu i ówdzie, że w razie jakichkolwiek zaburzeń trawiennych podaje się niemowlęciu przez kilka dni kleik na wodzie, czasem z dodatkiem masła i cukru, ale zupełnie bez białka, składnika bezwzględnie koniecznego dla normalnych procesów życiowych rozwijającego się ustroju. Brak białka szybko doprowadza do wyczerpania się zapasów i do uszkodzenia wątroby, co u niemowlęcia objawia się również biegunką.

Nie bez znaczenia jest również nieregularne karmienie, choćby naturalne, zwłaszcza podawanie piersi zbyt często, bez zachowania koniecznej przerwy nocnej, a poza tym — w odżywianiu mieszankami — nieodpowiednie mleko (od niepewnych krów), brudne smoczki, niewyjałowione butelki itd.

Wszystkie wymienione tu sprawy uznać należy za bardzo poważne powody pośrednie, jednak najważniejszą i *bezpośrednią przyczyną biegunek letnich niemowląt bywa z reguły niemal zakażenie pochodzenia bakteryjnego* (gronkowce, paciorkowce, pałeczka okrężnicy, durów rzekomych, czerwonki itd.) *lub wirusowego.*

OBJAWY CHOROBOWE

Początkowo stolce są nieco częstsze, niezbyt spoiste, bardziej cuchnące i dość szybko zieleniejące na powietrzu po wypróżnieniu. Niebawem biegunka przybiera obraz typowy: dziecko jest rozkrzyczane, podniecone, nie sypia; język obłożony brudnym nalotem, oddech gorzkawy; twarz zaczerwieniona, ciało gorące, ciepłota sięga od 38 — 40° C, tętno dochodzi do 160/min. Niemowlę szybko słabnie, staje się apatyczne, wzrok ma zgaszony, nie chce piersi, ani butelki. Zjawiają się wymioty, zupełnie bez wysiłku, przy każdej próbie podania czegokolwiek do picia. Brzuszek jest wyraźnie wzdęty, silnie naprężony, bardzo dźwięczny przy opukiwaniu. Uderzająca jest niezwykle mała ilość moczu (do 50 ml na dobę). Ilość wypróżnień na dobę waha się od 6 — 20. Stolce są wodniste, czasem śluzowe lub śluzowo-ropne, z domieszką (lub bez) pasemek świeżej krwi, o zabarwieniu trawiastym, rzadziej żółtym, z reguły silnie cuchnące.

PRZEBIEG SCHORZENIA

Przebieg schorzenia ocenia się nie tylko na podstawie rodzaju wypróżnień, lecz głównie na podstawie innych objawów chorobowych,

jak: stan ogólny dziecka, jego samopoczucie — czy jest przytomne czy zamroczone, podniecone czy apatyczne, uśmiecha się czy też zdaje się nie dostrzegać otoczenia, czy zdradza łaknienie, czy wykazuje przyrost względnie spadek wagi itd.

Objawem pocieszającym — mimo utrzymywania się częstych i nienormalnych wypróżnień — jest zjawianie się łaknienia i poprawa samopoczucia niemowlęcia.

Objawem niezmiernie groźnym jest postępujące *odwodnienie* — szybki spadek wagi, uporczywe wymioty, stan zamroczenia itp. Zjawia się obraz ogólnego zatrucia — *toksykozy;* rokowanie co do życia niemowlęcia staje się wątpliwe. Widzimy oczy zapadnięte, wpatrzone nieruchomo w jeden punkt, twarz blada, bez ruchu, oddech głęboki; z ust unosi się zapach acetonu; skóra — blada, sucha, gorąca.

Czasem występują p o w i k ł a n i a: zapalenie nerek z białkomoczem, zapalenie pęcherza moczowego z obecnością ropy w moczu, odoskrzelowe zapalenie płuc, konwulsje, ropne zapalenie skóry, czyraczność itp.

Nieraz w przebiegu choroby zaznacza się chwilowa poprawa ze spadkiem ciepłoty, późniejsze jednak pogorszenie daje obraz zwykle o wiele cięższy niż w okresie poprzednim.

ZAPOBIEGANIE

Zapobieganie stanowi najważniejszy sposób walki z biegunkami letnimi. Polega ono przede wszystkim na skrupulatnym *przestrzeganiu ogólnych zasad higieny* przez osoby zajęte pielęgnowaniem niemowląt. Należy więc stale pamiętać o konieczności mycia rąk przed jedzeniem, o myciu owoców, o gotowaniu naczyń, mleka, butelek, smoczków itd. Posiłki dla niemowląt (mieszanki) przyrządzać należy ściśle według przepisu lekarza, zwracając baczną uwagę na odpowiedni dobór produktów pod względem ilości i jakości. Niemowlęta trzeba chronić przed przegrzewaniem i poceniem się. Należy wystrzegać się możliwości przeniesienia zakażenia z jednego dziecka na drugie, co szczególnie łatwo zdarzyć się może w większych skupiskach dzieci, gdzie przez lekkomyślność personelu używa się nieraz wspólnych pieluszek, smoczków, termometrów itp. Trzeba prowadzić bezwzględną w a l k ę z m u c h a m i!

Bardzo istotnym momentem zapobiegania biegunkom letnim jest k a r m i e n i e p i e r s i ą, względnie pokarmem kobiecym, przynajmniej w ciągu pierwszych miesięcy życia. Mieszanki natomiast najlepiej jest przygotowywać z m l e k a s p r o s z k o w a n e g o; jest to bowiem mleko pełne i daje gwarancję, że jest produktem czystym, o zawsze jednakowym składzie.

LECZENIE

Leczenie należy rozpoczynać jak najwcześniej i każdy, choćby najlżejszy przypadek, traktować bardzo poważnie.

Leczenie sprowadza się w zasadzie do zwalczania odwodnienia, do stosowania odpowiedniej diety i do podawania środków farmakologicznych. Celem wyrównania bilansu wodnego podaje się odpowiednią ilość płynów doustnie, stosuje się wlewania podskórne (infuzje) oraz wstrzykiwania dożylne soli fizjologicznej, roztworu glukozy, plazmy, a w najcięższych przypadkach — przetaczanie krwi.

Odżywianie lecznicze rozpoczyna się zwykle od tzw. „diety wodnej“, tj. od krótkotrwałej głodówki z podawaniem dostatecznej ilości napojów, jak np. lekki napar rumianku, herbaty itp. Następnie przechodzi się na kleiki, czyli na dietę węglowodanową, możliwie jak najkrócej, później zaś na właściwą dietę leczniczą, która zawiera już wszystkie konieczne składniki odżywcze, a więc przede wszystkim białko. W skład mieszanek leczniczych wchodzi najczęściej maślanka, mleko białkowe lub uwapnione, mleko zakwaszone itp. Niemowlętom nieco starszym dodaje się często dietę jabłkową, tj. tarte surowe jabłka. Kolejność diet i czasokres ich stosowania muszą być ściśle indywidualizowane, podobnie jak i jednorazowa porcja pożywienia.

Środki farmakologiczne stosuje się przede wszystkim w biegunkach pochodzenia zakaźnego. Największe usługi oddają związki sulfamidowe, szczególnie sulfaguanidyna, oraz penicylina.

ROLA PIELĘGNIARKI W ZWALCZANIU BIEGUNEK LETNICH

Nie będziemy tu omawiać pielęgnowania chorych niemowląt w ścisłym znaczeniu tego słowa, jako sprawy oczywistej, czysto fachowej, natomiast zwrócimy uwagę na dodatkowy, choć niemniej ważny obowiązek społeczny, jaki spada na pielęgniarki w akcji zwalczania biegunek letnich. Mamy na myśli a k c j ę u ś w i a d a m i a n i a i k o n t r o l i z a r z ą d z e ń l e k a r s k i c h. Zarówno na placówkach lecznictwa otwartego, jak i w zakładach lecznictwa zamkniętego, pielęgniarka zawsze

ma dużo okazji do szczegółowego omawiania i wyjaśniania rodzicom i opiekunom najróżniejszych problemów, dotyczących ochrony zdrowia dzieci, w związku zaś z akcją zwalczania biegunek letnich należy mieć na uwadze szczególnie sprawy tak ważne jak:

1. konieczność ścisłego izolowania dzieci chorych od zdrowych, zwłaszcza w instytucjach, gdzie jest dzieci dużo, jak żłobki, domy dziecka, przedszkola itp.;

2. przestrzeganie skrupulatnej czystości otoczenia i higieny osobistej osób zajmujących się chorymi dziećmi: dokładne mycie i odkażanie rąk, gotowanie bielizny, naczyń, butelek, smoczków, zalewanie wydalin chorego środkami dezynfekującymi, chlorowanie ustępów, nieubłagana walka z muchami itd.;

3. propaganda karmienia piersią: nie odstawiać niemowląt od piersi w okresie upałów, w czasie choroby albo zaraz po chorobie, nie rezygnować z karmienia piersią z byle powodu, lecz dopiero w razie rzeczywistej konieczności przechodzić na karmienie sztuczne;

4. pouczanie o konieczności bacznego obserwowania, a zwłaszcza — zwracanie uwagi na ilość i jakość wypróżnień niemowięcia, by w razie stwierdzenia objawów budzących podejrzenie na zaburzenia trawienne udać się jak najprędzej do lekarza;

5. podkreślanie znaczenia i ważności systematycznej kontroli lekarskiej względnie pielęgniarskiej dla dobra dziecka;

6. udzielanie wyczerpujących wskazówek co do przyrządzania mieszanek leczniczych oraz zachęcanie do korzystania z kuchni mlecznych i podkreślanie niezmiernie cennych zalet mleka sproszkowanego.

Wacław Lietz

DR ZBIGNIEW BOCHENEK

Zapalenie zatok bocznych nosa

Zapalenia zatok bocznych nosa należą do jednych z najczęstszych schorzeń człowieka. Wynika to z tego, że zazwyczaj są one powikłaniem i następstwem ostrego nieżytu nosa. Zapalenia zatok bocznych nosa należały dawniej do chorób trudno poddających się leczeniu. Dzisiejsze, nowoczesne metody leczenia — zachowawczego i operacyjnego — pozwalają nam opanować nawet najbardziej długotrwałe zapalenia zatok bocznych nosa

ANATOMIA

Zatokami bocznymi nosa nazywamy parzyste jamy powietrzne mieszczące się w szkielecie kostnym twarzy. Znajdują się one w ścisłej łączności anatomicznej i czynnościowej z nosem. Dzielimy je na 1) z a t o k i s z c z ę k o w e, zawarte w trzonie kości szczękowej; 2) k o m ó r k i s i t o w e, drobne jamki powietrzne, tworzące b ł ę d n i k kości sitowej, znajdującej się między boczną ścianą nosa a przyśrodkową ścianą oczodołu; 3) z a t o k i c z o ł o w e, znajdujące się w kości czołowej ponad nasadą nosa; 4) z a t o k i k l i n o w e, zawarte w trzonie kości klinowej i leżące ponad nozdrzami tylnymi i sklepieniem jamy nosowo-gardłowej. Wszystkie zatoki boczne nosa posiadają otwory uchodzące do nosa. Wielkość zatok bocznych nosa jest bardzo różna, a czasem nawet zdarza się całkowity brak niektórych z nich. Zatoki boczne nosa są wyścielone cienką i delikatną błoną śluzową, stanowiącą jakby przedłużenie błony śluzowej nosa. Różne są zdania co do roli, jaką mają spełniać zatoki boczne nosa, ale czynność ich nie jest dostatecznie wyjaśniona.

WYWÓD CHOROBOWY

Zapaleniu ulec może jedna lub kilka zatok bocznych nosa. Najczęściej stan zapalny rozwija

się w zatoce szczękowej, rzadziej w sitowiu i zatoce czołowej, najrzadziej zaś w zatoce klinowej. Zapalenie zatok bocznych nosa dzielimy na ostre i przewlekłe. Są one spowodowane zakażeniem błony śluzowej nosa przez drobnoustroje chorobotwórcze, jak gronkowiec złocisty, paciorkowiec, dwoinka zapalenia płuc, pałeczka grypy i inne. Wystąpienie zapalenia zależy nie tylko od obecności drobnoustrojów, ale od ich zjadliwości oraz stanu odporności miejscowej i ogólnej ustroju. Do czynników sprzyjających należą zmiany anatomiczne, upośledzające sprawność czynności oddechowej nosa, jak skrzywienie przegrody czy przerosty muszli nosowych względnie polipy nosa.

Zakażenie zatok ułatwia nieodpowiednie oczyszczanie nosa przez obustronne znaczne zwężanie nozdrzy przednich i następowe gwałtowne wydmuchiwanie wydzieliny. Prowadzi to do gwałtownego wzrostu ciśnienia w jamach nosa i przenikania zakażonej wydzieliny z nosa do ujść zatok bocznych i trąbki słuchowej. Jedynie racjonalnym sposobem oczyszczania nosa jest oczyszczanie oddzielnie każdej jamy nosa przy zatkanym jedynie nozdrzu przednim strony przeciwnej.

PRZYCZYNY

Przyczyną zapalenia zatok bocznych nosa jest najczęściej ostry nieżyt nosa. Występuje ono również w przebiegu grypy, płatowego zapalenia płuc, płonicy, odry, błonicy i duru brzusznego; oprócz tego może być następstwem urazu zatok względnie przejściem zapalenia — z ogniska ropnego przywierzchołkowego drugiego zęba przedtrzonowego oraz pierwszego i drugiego zęba trzonowego szczęki górnej — na śluzówkę zatoki szczękowej. Przewlekłe zapalenia zatok bocznych nosa rozwijają się z zapaleń ostrych zwykle wtedy, kiedy istnieje upośledzenie drożności lub całkowita niedrożność ujść naturalnych zatok na skutek obrzęku śluzówki, przerostu małżowiny środkowej albo polipów, względnie wskutek częstych nawrotów ostrych zapaleń i dużej zjadliwości zarazków.

W ostrym zapaleniu zatok powstaje obrzęk i przekrwienie śluzówki, powodujące zmniejszenie światła zatoki i pojawia się wydzielina, początkowo surowicza, potem śluzowo-ropna i ropna nie cuchnąca.

W przewlekłym zapaleniu dochodzi do polipowatego zwyrodnienia śluzówki zatok bocznych nosa, z wypełnieniem ich światła, do zgrubienia względnie ścieńczenia, a nawet do zmian martwicznych. Ropa jest często cuchnąca na skutek rozpadu gnilnego zwłaszcza w zapaleniach zatoki szczękowej zębopochodnych.

OBJAWY

Objawy kliniczne zapalenia zatok bocznych nosa możemy podzielić na miejscowe i ogólne oraz na objawy spowodowane powikłaniami.

Do objawów miejscowych zalicza się bóle głowy, które występują często w ostrych zapaleniach, rzadziej nieco w przewlekłych. W ostrym stanie zapalnym są to bóle tępe, rozpychające, tętniące a występują w określonych porach dnia, najczęściej rano, trwają kilka godzin i potem przeważnie całkowicie ustępują. Przyczyną tych bólów jest niedrożność ujść i zatrzymywanie się wydzieliny. Po opróżnieniu zatoki bóle znacznie się zmniejszają. Mogą one być umiejscowione w okolicy czoła, oka, skroni, szczęki, potylicy lub we wnętrzu czaszki. W zapaleniach przewlekłych bóle są raczej rozlane.

Bóle głowy nie są jednak objawem charakterystycznym, ponieważ mogą one występować w wielu innych schorzeniach. W różnicowaniu bólów głowy na tle zapalenia zatok należy uwzględnić zwłaszcza nerwoból nerwu trójdzielnego, który jest jednak bardziej rwący i napadowy.

Drugim objawem miejscowym jest wydzielina śluzowa, śluzowo-ropna lub ropna, pojawiająca się w różnej ilości, wyciekająca z nosa przez nozdrza przednie lub ściekająca do tyłu, do gardła. Leżenie na przeciwnym boku ułatwia odpływ wydzieliny z chorej zatoki. Ze względu na towarzyszący obrzęk śluzówek, a zwłaszcza małżowiny środkowej i dolnej, chorzy skarżą się na upośledzenie drożności nosa.

Następnymi objawami miejscowymi są zaburzenia powonienia, zwłaszcza przy współistnieniu polipów nosa, oraz zmiany chorobowe w gardle i krtani, tchawicy i oskrzelach na skutek oddychania przez usta i drażnienia przez spływającą wydzielinę.

Przewlekłe zapalenia zatok mogą być przyczyną dychawicy oskrzelowej. Połykanie ropy spływającej z zatok może powodować zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego — brak apetytu i skłonność do wymiotów.

Do objawów ogólnych zaliczamy nie zawsze występujące, zwłaszcza w stanach przewlekłych,

podwyższenie ciepłoty ciała, zwiększenie ilości białych ciałek krwi, stany podniecenia, migania przed oczami, niezdolność do dłuższej pracy umysłowej, ociężałość, nietolerancję tytoniu i alkoholu.

ROZPOZNANIE

W rozpoznaniu znaczną rolę odgrywa zdjęcie rentgenowskie zatok bocznych nosa, które wykazuje nam zacienienie częściowe lub całkowite chorej zatoki lub obecność płynu zapalnego. Przy zdjęciu rentgenowskim posługujemy się nieraz środkiem kontrastowym jak l i p i o d o l lub j o d i p i n a, które wprowadzone do światła zatoki pozwalają dokładniej ocenić wielkość i charakter zmian chorobowych. Drugim ważnym sposobem rozpoznawczym, służącym jednocześnie i leczeniu jest w odniesieniu do zatoki szczękowej (rzadziej do zatoki czołowej) przemywanie zatoki z ewentualnym następowym wprowadzaniem do światła zatoki środków leczniczych. Przemywanie zatoki szczękowej odbywa się zwykle drogą nakłucia od strony dolnego przewodu nosowego, pod małżowiną dolną. Posługujemy się w tym celu igłą podobną do igieł stosowanych w nakłuciu lędźwiowym. Po znieczuleniu błony śluzowej w miejscu wkłucia 5—10% kokainą lub 2% pantokainą, przebija się igłą boczną ścianę nosa, wchodząc tą drogą do światła zatoki. Treść znajdującą się w zatoce należy wyaspirować jałową strzykawką i posłać do badania bakteriologicznego, co ma ważne znaczenie w dalszym postępowaniu leczniczym.

Do przemywań zatoki szczękowej można stosować sól fizjologiczną, 2% roztwór kwasu bornego, słaby roztwór nadmanganianu potasu, rivanol w rozcieńczeniu 1:750. Nie wolno natomiast używać wody utlenionej, ze względu na możliwość zatoru powietrznego, ani środków zbyt silnych drażniących. Przy stosowaniu w celach leczniczych penicyliny można zatokę przemywać jedynie solą fizjologiczną. Penicylinę wprowadza się do zatoki w roztworze wodnym w ilości 20—50 tysięcy jednostek na raz, rozpuszczonych w 2—3 ml płynu. Występujące nieraz po nakłuciu zatoki — krwawienie z nosa ustępuje samoistnie. Nakłucie zatoki wykonuje się ambulatoryjnie.

Przemywanie zatoki czołowej jest znacznie trudniejsze i rzadko stosowane; odbywa się przez wprowadzenie odpowiednio zgiętej rurki przez naturalne ujście zatoki w środkowym przewodzie nosa.

LECZENIE

Leczenie może być z a c h o w a w c z e lub o p e r a c y j n e. W ostrych stanach zapalnych podaje się do nosa krople, zmniejszające obrzęk śluzówek i ułatwiające przez to odpływ wydzieliny z zatok, a nadto stosuje się s u l f o n a m i d y w ilości 1 gram co 4 godziny w ciągu około 5 dni, względnie penicylinę w dawce dobowej 200—400 tys. jedn. domięśniowo.

Choremu zaleca się spokój i leżenie w łóżku pod opieką lub — w cięższych przypadkach — kieruje się do szpitala.

Miejscowo na chorą zatokę stosuje się okłady rozgrzewające oraz ostrożne nagrzewania lampą Sollux lub przegrzewania diatermią krótkofalową.

W stanach podostrych i przewlekłych można wykonywać opisane już przemywania zatoki szczękowej z wpuszczaniem miejscowo penicyliny i sulfonamidów w roztworze. Niekiedy musimy uciekać się do metod operacyjnych, jeśli zawodzi leczenie zachowawcze.

Zapalenia zatok bocznych nosa mogą dawać powikłania w postaci ropnia czy ropowicy oczodołu, pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, zakrzep zatoki jamistej, zapalenie ropne opon mózgowych i ropień mózgu (zwykle płata czołowego). Na szczęście jednak mimo tak znacznego rozpowszechnienia zapaleń zatok bocznych nosa powikłania zdarzają się rzadko.

Zbigniew Bochenek

KOLEŻANKI!

Nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

T. A. NIEWZOROWA
Kandydat nauk medycznych
Moskwa

Pielęgnowanie w leczeniu snem

DŁUGOTRWAŁY sen — jako metoda leczenia—znalazł szerokie zastosowanie w szpitalach psychiatrycznych w leczeniu różnych chorób psychicznych, a w ostatnich latach również i w szpitalach ogólnych w wielu schorzeniach somatycznych (soma — ciało, przyp. red.). Leczenie snem ma swoje uzasadnienie w nauce wielkiego fizjologa rosyjskiego, I. P. Pawłowa, o hamowaniu ochronnym.

Badając wyższą działalność nerwową zwierząt i człowieka, I. P. Pawłow ustalił, że podstawą jej są dwa zasadnicze procesy nerwowe: p o b u d z e n i e i h a m o w a n i e, ściśle ze sobą powiązane i dopełniające się wzajemnie.

Ze zjawiskiem pobudzenia, które decyduje o tej czy innej czynności ustroju, wiąże się utrata pewnych substancji, wchodzących w skład komórek nerwowych. Ubywanie tych substancji do pewnego momentu nie powoduje uszkodzenia komórek nerwowych w półkulach mózgowych; jeżeli jednak stan pobudzenia komórek nerwowych trwać będzie zbyt długo, albo będzie zbyt silny, i przewyższy ich wytrzymałość i zdolność do pracy, to w takich wypadkach komórki kory mózgowej ulegają z reguły zahamowaniu, które uniemożliwia oddziaływanie na dochodzące bodźce. W czasie zahamowania komórki nerwowe znajdują się w stanie całkowitego spoczynku, odbudowują swoje siły i zdolność do pracy.

W ten sposób h a m o w a n i e s t a n o w i z j e d n e j s t r o n y p r o c e s d l a u k ł a d u n e r w o w e g o o b r o n n y, mający chronić komórki nerwowe przed zbytnią pobudliwością i wyczerpaniem, z d r u g i e j z a ś — p r o c e s l e c z ą c y, który ma na celu odbudowę ich energii.

Hamowanie więc jest — według Pawłowa — zjawiskiem leczniczo-ochronnym. Przykładem tego jest nasz *sen* codzienny: gdy jesteśmy zmęczeni — zasypiamy, a po głębokim śnie budzimy się z nowymi siłami i świeżą energią.

Sen fizjologiczny uważa I. P. Pawłow za hamowanie ogólne całej kory mózgowej, promieniujące na niższe odcinki układu nerwowego. Innymi słowy hamowanie i sen — według Pawłowa — stanowią jeden i ten sam proces, który pozwala komórce nerwowej na odpoczynek i odbudowę jej sił.

Genialna nauka I. P. Pawłowa o ochronnym i leczniczym hamowaniu w czasie snu stanowi właśnie głębokie, naukowe uzasadnienie leczenia długotrwałym snem różnorodnych chorób psychicznych, a zwłaszcza s c h i z o f r e n i i.

W okresie Wielkiej Wojny Narodowej, E. A. Asratian, A. G. Iwanow - Smolenski, A. I. Dolin i in. szeroko stosowali w szpitalach ewakuacyjnych długotrwały sen w leczeniu chorych z zamkniętymi urazami czaszki (wstrząs i kontuzja mózgu), i w większości wypadków otrzymywali dobre wyniki.

W roku 1943 F. A. Andrejew po raz pierwszy wypróbował z pomyślnym efektem zastosowanie długotrwałego snu w leczeniu niektórych schorzeń wewnętrznych (choroba wrzodowa i nadciśnieniowa).

Poniżej omówimy kilka konkretnych zagadnień, dotyczących organizacji tej nowej i niezmiernie ważnej metody leczniczej. Leczenie długotrwałym snem wymaga bardzo dobrze przeszkolonego średniego i niższego personelu służby zdrowia, ponieważ ich rola jest tutaj szczególnie doniosła.

OTOCZENIE

Należy pamiętać, że sens hamowania ochronnego leży w tym, aby sen, wywołany środkami lekarskimi, zbliżony był do snu fizjologicznego, naturalnego, i aby toksyczność wybranego środka nasennego była możliwie jak najmniejsza. Obecnie dla wywołania snu najczęściej stosuje się preparat radziecki — amytal - natrium (sól sodowa kwasu barbiturowego). Jednak obok trafnego wyboru odpowiedniego środka nasennego ogromne znaczenie ma również środowisko, w jakim przeprowadza się leczenie. Należy użyć wszelkich możliwych środków, aby zapobiec jakimkolwiek ujemnym wpływom otoczenia na psychikę chorego. Wszystko, co chorego otacza powinno sprzyjać w sprowadzaniu normalnego, fizjologicznego snu; z tego punktu widzenia pożądane jest, jako najbardziej odpowiednie, wydzielenie specjalnej sali lub oddziału dla chorych, którzy mają być leczeni długotrwałym snem. Nasze obserwacje wykazały, że jeżeli leczenie snem przeprowadza się na sali ogólnej, to konieczna ilość środków nasennych musi być w ciągu doby prawie dwukrotnie większa, niż przy leczeniu w sali umyślnie do tego celu przeznaczonej.

Sale do leczenia snem powinny być w miarę możności małe, najlepiej dla 3 — 5 pacjentów; okna powinny być zaciemnione, podłoga zaś zasłana miękką tkaniną (chodnikiem, dywanem), aby tłumić kroki personelu. Z tego samego względu personel powinien nosić miękkie pantofle.

TRZY SPOSOBY LECZENIA SNEM

Sen nieprzerywany

Pierwszy sposób polega na wprowadzeniu chorego za pomocą narkotyków w długotrwały, równomierny, głęboki sen; chory śpi bez przerwy 18 — 20 godzin na dobę, nie budząc się nawet dla przyjęcia posiłków. Sposób ten dawniej szeroko stosowany w szpitalach psychiatrycznych w leczeniu schizofrenii, został obecnie prawie zupełnie zaniechany ze

względu na powodowanie objawów zatrucia.

Sen przerywany

Drugi sposób polega na tym, że długotrwały sen, w jaki pacjent zapada po przyjęciu środków nasennych, utrzymuje się na poziomie głębokiego snu fizjologicznego, lecz nie przechodzi w stan narkozy. Kuracja — w zależności od rodzaju choroby — trwa od 8 — 20 dni. W ciągu dnia chorzy budzą się sami, względnie budzi ich personel dla przyjęcia posiłków i załatwienia normalnych potrzeb fizjologicznych. Chorzy śpią od 15 — 20 godzin na dobę czasem nawet więcej. Przeciętna dawka amytal - natrium, najczęściej stosowanego w leczeniu snem przerywanym, nie powinna być większa od 1—1½ g.

Sen fizjologiczny — przedłużony

Trzeci sposób — to naturalny sen fizjologiczny, przedłużony do 10 — 12, a czasem do 15 godzin na dobę. Dla wywołania takiego snu podaje się choremu nieduże dawki środków nasennych, np. amytal - natrium, nie więcej niż 0,6—0,8 g na dobę.

Ostatni sposób znajduje coraz szersze zastosowanie w szpitalach somatycznych w leczeniu rozmaitych schorzeń wewnętrznych i chirurgicznych. Zaletą tego sposobu jest przede wszystkim to, że leczenie nie wymaga wielkiej ilości leków, a poza tym daje możność kombinowania kuracji snem z innymi sposobami leczenia, np. w chorobie wrzodowej — z zabiegami fizykoterapeutycznymi, z blokadami nowokainowymi itp. Chociaż ten sposób leczenia jest bardzo praktyczny i w zasadzie wolny od niebezpieczeństw, to jednak należy podchodzić doń także bardzo poważnie i ostrożnie.

ROLA PIELĘGNIARKI

Rola i znaczenie średniego i niższego personelu medycznego przy leczeniu snem, bez względu na sposób prowadzenia tego leczenia, są niezwykle ważne. Od personelu wymaga się dobrej organizacji pracy, dokładności i akuratności oraz wyjątkowej rzetelności w spełnianiu obowiązków. Szczególnie odpowiedzialne jest z a d a n i e p i e l ę g n i a r k i, bowiem pod jej obserwacją chorzy znajdują się w ciągu całej doby.

Pielęgniarka obserwuje i odnotowuje w karcie chorego takie momenty, jak głębokość i długotrwałość snu, czas budzenia się, stan chorego po obudzeniu się; następnie podaje dalsze dawki środków nasennych, *ściśle* według zleceń lekarza. Tu niedopuszczalne jest jakiekolwiek samowolne podawanie leków, nawet jeśli chory uporczywie nie może zasnąć i domaga się dodatkowych dawek.

ZESTAW DO ZABIEGÓW

Pielęgniarka musi dopilnować, aby na czas uzupełnić i we właściwy sposób przechowywać leki i instrumenty, jakie mogą być potrzebne natychmiast w razie jakichkolwiek powikłań w leczeniu snem. Należą tu: kamfora, kofeina, lobelina, adrenalina, korazol, atropina, 40% glukoza, 25% roztwór siarczanu magnezowego, roztwór soli fizjologicznej; narkotyki — pantopon, morfina, skopolamina — w ampułkach, 3—6% roztwór chloralhydratu; środki przeczyszczające; poduszka z tlenem i dwutlenkiem węgla; rozwieracz ust i przytrzymywacz języka, aparat Bobrowa, strzykawki (1,0, 5,0, 20,0), czysty spirytus, wata, zestaw do lewatywy itp.

Leczenie sposobem trzecim — metodą przedłużania normalnego snu fizjologicznego — nie wymaga właściwie specjalnego przygotowania opisanych wyżej środków, biorąc jednak pod uwagę — chociaż wyjątkowo tylko zdarzającą się — możliwość nagłego osłabienia narządu krążenia, środki takie powinny znajdować się pod ręką.

OGÓLNE PRZYGOTOWANIE CHOREGO

Przygotowanie chorego do leczenia snem wymaga bardzo dużo zachodu, dlatego też prace przygotowawcze należy rozpocząć na długo przed podaniem choremu po raz pierwszy środków nasennych. Trzeba więc przeprowadzić kliniczne analizy krwi i moczu oraz inne specjalne badania laboratoryjne, jakie zleci lekarz; przed leczeniem chorych trzeba zważyć; trzeba przygotować konieczną dokumentację lekarską dla zobrazowania przebiegu choroby i leczenia; zawczasu należy urządzić pokój, gdzie będzie się odbywało leczenie snem. W przeddzień podania środka nasennego chory musi wziąć środek przeczyszczający, a w dniu rozpoczęcia leczenia należy zrobić lewatywę oczyszczającą jelita.

PRZYGOTOWANIE PSYCHICZNE

Przed rozpoczęciem leczenia chorzy denerwują się zazwyczaj, niepokojąc się o wynik kuracji, wobec czego zwracają się do personelu po rady i wyjaśnienia. Pielęgniarka musi pilnie baczyć, aby sama, podobnie jak i personel znajdujący się pod jej kierownictwem udzielał chorym zawsze takich wyjaśnień, które by oddziaływały dodatnio, uspokajająco i podtrzymywały dobry nastrój i pewność, że wynik leczenia będzie dobry. Trzeba pamiętać, że brak czujności wobec chorego, czasem niebacznie powiedziane słowo — mogą mieć przykre następstwa, mogą zburzyć spokój chorego lub wzbudzić obawy, a to z kolei niewątpliwie odbije się ujemnie na głębokości i trwałości snu.

PIERWSZE DNI

Od chwili podania choremu środków nasennych i w ciągu całej kuracji, pielęgniarka powinna systematycznie i skrupulatnie obserwować pacjenta, jego oddech, tętno, ciepłotę, kolor twarzy, sprawność żołądka, posiłki itd.

Przez pierwsze 2—3 dni od rozpoczęcia leczenia chorzy zdradzają często pewne podniecenie, nie chcą korzystać z usług personelu, czasem starają się unikać zabiegów, które są niezbędne, jak np. płukania ust, lewatyw oczyszczających, a nawet przyjmowania środków nasennych. Pielęgniarka jednak powinna wytrwale i uważnie kontrolować, aby ustalony tryb postępowania i leczenia był ściśle przestrzegany i realizowany zgodnie ze wskazówkami lekarza.

ENEMA

Ze względu na to, że środki nasenne powodują niedowład jelit, w większości wypadków brak jest normalnych wypróżnień, wskutek czego odbywa się wzmożone wchłanianie toksyn przez ścianki jelitowe, a to znów zmniejsza głębokość i poprawność snu. Praktycznie więc zwykle robi się lewatywę codziennie. Rzecz charakterystyczna, jeśli u chorych pod wpływem snu wystąpi zwiotczenie całego układu mięśniowego, woda, wprowadzona za pomocą lewatywy do kiszki stolcowej, nie zatrzymuje się, lecz wylewa na zewnątrz. Zjawisko to w większości przypadków widzi się na 5—6 dzień leczenia. Chorym trzeba więc zabieg powtarzać aż do skutku. Do lewatywy używa się wody z mydłem (około 2 szklanek), albo hipertonicznego roztworu soli kuchennej (5%) w ilości około 100 g. Lewatywę najlepiej robić rano, chyba, że chory odda stolec samodzielnie. Środki przeczyszczające podawać można j e d y n i e na zlecenie lekarza.

Średni personel medyczny powinien być szczególnie uważny w momencie podawania środka nasennego. Często się zdarza, że już nawet po pierwszej dobie chorzy, budząc się, niezupełnie wychodzą ze stanu ust, lecz pozostają nadal do pewnego stopnia odurzeni. Najczęściej widać to w 4—5 dniu leczenia. Chorzy mówią niewyraźnie, bełkoczą, wyraz twarzy mają nawpół senny, ruchy rąk nieopanowane, chodzą niepewnym krokiem...

PODAWANIE ŚRODKA NASENNEGO

Środki nasenne, między innymi amytal-natrium, można podawać doustnie lub — gdy pacjent długo nie usypia — drogą wlewki do kiszki stolcowej. Dla szybszego rozpuszczania się leku i łatwiejszego wsysania się, należy go podawać na czczo z dość dużą ilością wody (½—1 szklanki). U chorych osłabionych lub zdradzających po obudzeniu się opisane wyżej objawy odurzenia, środek nasenny podany na czczo zwykle bardzo prędko odnosi skutek. W takim wypadku pacjent może zasnąć przed ukończeniem karmienia; wtedy oczywiście trzeba natychmiast zaprzestać dalszego karmienia, zaś pielęgniarka powinna dokładnie sprawdzić, czy w ustach chorego nie pozostało przypadkiem nieco pożywienia i resztki te niezwłocznie usunąć, gdyż inaczej chory może się zakrztusić, a nawet udusić. Dlatego właśnie po każdym jedzeniu chory powinien dokładnie przepłukać usta.

PIELĘGNOWANIE OGÓLNE

Pielęgniarka powinna pamiętać również, że celem zmniejszenia toksycznego działania środków nasennych każdy chory powinien wypijać dziennie co najmniej d w a l i t r y p ł y n ó w. Najchętniej pacjenci piją kwaśnosłodki napój z żurawin.

Na 4—5 dzień kuracji, gdy widać już bardzo wyraźnie, że chory jest osłabiony, niepewnie trzyma się na nogach — trzeba zwracać stale uwagę, aby po obudzeniu się nie próbował sam wstawać; w takim stanie chory może łatwo przewrócić się i poważnie potłuc lub nawet zranić.

Jeżeli chory śpi twardo i nie budzi się w ciągu wielu godzin (15—18—20 godzin), trzeba go od czasu do czasu przewracać z jednego boku na drugi, aby przypadkiem nie wystąpił niedowład kończyn.

Duże znaczenie dla głębokości i ciągłości snu ma dokładne wietrzenie sali. Wietrzyć należy rano, w dzień i wieczorem, przykrywając starannie chorego kołdrą, żeby się nie przeziębił.

W sali i na oddziale, gdzie chorzy śpią, panować musi absolutna cisza. Personel może mówić tylko szeptem.

Aby zapewnić chorym jak najlepsze pielęgnowanie w czasie leczenia snem, pielęgniarka powinna we właściwy sposób kierować pracą podległego jej niższego personelu medycznego. Dlatego też będzie tu na miejscu omówienie pracy salowej.

OBOWIĄZKI SALOWEJ

Do obowiązków salowej należy przygotowanie sali, względnie oddziału, przeznaczonych dla pacjentów, którzy mają być leczeni snem; powinna zasłonić okna, rozesłać na podłodze dywany i chodniki, przyszykować łóżka itp.

Z chwilą rozpoczęcia leczenia, salowa w czasie swojego dyżuru wykonuje następujące czynności: rano, po obudzeniu się chorych, obchodzi wszystkich pacjentów, którzy nie mogą samodzielnie wstać i zrobić toalety, myje chorych i podaje im przegotowaną wodę do płukania ust, tych zaś, co nie mogą samodzielnie chodzić odprowadza do klozetu, względnie do łazienki i przyprowadza z powrotem na salę.

Salowa sprawdza czy chory miał wypróżnienie, a jeśli nie miał — zawiadamia o tym pielęgniarkę. W zasadzie lewatywę wykonuje pielęgniarka, tylko wyjątkowo może to robić doświadczona salowa. Po lewatywie salowa odprowadza chorego do ustępu i sprawdza jej rezultat.

Salowa wietrzy pokój, prześciela łóżko, wyprostowuje fałdy prześcieradła, poprawia kołdrę, poduszki itd. Gdy chorzy już po toalecie porannej zjedzą śniadanie, salowa gasi światło i pozostaje na sali, pilnie obserwując jak chorzy zasypiają; jeśli który nie może zasnąć, względnie budzi się w nieodpowiednim czasie — salowa natychmiast zawiadamia o tym pielęgniarkę. Jeżeli chory zdradza objawy podniecenia, salowa niezwłocznie wzywa pielęgniarkę, ta zaś z kolei zawiadamia lekarza i prosi o wskazówki, jak ma w danym wypadku postąpić.

OBJAWY TOWARZYSZĄCE

Od czasu do czasu w trakcie leczenia snem zdarzają się dni, gdy wyjątkowo często pojawiają się rozmaite powikłania. Np. około 7 dnia występują czasem objawy osłabienia układu krwionośnego i oddechowego. O najmniejszej zmianie w częstotliwości tętna, czy w ilości oddechów, o rozbieżności pomiędzy tętnem a oddechem (np. zwolnienie tętna przy zwiększonej częstości oddechów) — pielęgniarka musi natychmiast zawiadamiać lekarza. W 6—7 dniu kuracji nieraz zaznacza się podwyższenie ciepłoty.

Szczególną uwagę powinien personel zwracać na chorych w okresie zmniejszania dawek środków

nasennych i pod koniec podawania ich. W tym czasie nieraz chorzy, ci zwłaszcza z osłabionym układem nerwowym lub tacy, którzy w przeszłości byli alkoholikami, miewają omamy (halucynacje): widzą coś, czego w rzeczywistości nie ma, słyszą jakieś rozmowy, czasem bardzo nieprzyjemnie, itp. Chorzy opowiadają, że stosunek personelu do nich jest niewłaściwy, że otoczenie chce im wyrządzić coś złego. Na skutek przeżyć tego rodzaju może wystąpić stan psychicznego podniecenia ruchowego: chorzy chcą gdzieś iść, żądają natychmiastowego wypisania ze szpitala, doznają nieuzasadnionego uczucia strachu itp.

Rzecz jasna, tacy chorzy wymagają wzmożonego nadzoru. W takich wypadkach — na zlecenie lekarza — podaje się zazwyczaj chloralhydrat. Przy ostrym podnieceniu psychicznym może zaistnieć potrzeba podania morfiny ze skopolaminą, względnie — pantoponu **(jedynie na zlecenie lekarza!)**.

Podobne stany z reguły trwają krótko, dłużej natomiast utrzymuje się stan ogólnego osłabienia i złego samopoczucia („stan asteniczny").

Po upływie 8—10 dni od zakończenia kuracji snem chorzy w dobrym stanie wypisują się zazwyczaj ze szpitala.

W bardzo rzadkich przypadkach zwłaszcza przy leczeniu chorych somatycznych, gdy podniecenie psychiczne wzmaga się i przeciąga, chorego należy bezwzględnie umieścić w osobnym pokoju (w izolatce). Tacy chorzy wymagają stałego dyżuru salowej przez cały czas trwania stanu podniecenia. Salowej nie wolno ani na chwilę oddalić się z pokoju.

PERSONEL DODATKOWY

Należy również wspomnieć, że dla przeprowadzenia kuracji snem przerywanym lub nieprzerywanym, potrzeba d o d a t k o w e g o personelu średniego i niższego. W szpitalu psychiatrycznym np. dla leczenia 8—10 chorych potrzeba dodatkowo jednej pielęgniarki i jednej salowej.

Przy leczeniu snem sposobem trzecim, tj. przedłużaniem naturalnego snu fizjologicznego, można obejść się bez personelu dodatkowego, ponieważ tacy chorzy nie wymagają stałej obecności personelu średniego i niższego w ciągu całej doby. Świadczą o tym doświadczenia moskiewskiego szpitala im. A. A. Ostrowskiego, gdzie leczenie snem przeprowadza się właśnie metodą przedłużania snu fizjologicznego w przypadkach choroby wrzodowej, nadciśnieniowej i ostrych urazów głowy. Leczenie daje bardzo zachęcające wyniki. Wszystkie obowiązki związane z pielęgnowaniem chorych wykonuje zwykły personel dyżurny, bez powiększenia etatów personalnych.

* * *

Minister Ochrony Zdrowia ZSRR, E. I. Smirnow, zatwierdził opracowaną przez Radę Naukową Ministerstwa Ochrony Zdrowia instrukcję o stosowaniu leczenia snem w schorzeniach somatycznych. W omawianej instrukcji (patrz — „Medycyna Radziecka Nr 6 — 1951 r.) znaleźć można krótko podaną metodykę leczenia snem, okresy, możliwe powikłania, oraz wskazania, w jakich wypadkach należy, a w jakich nie należy stosować leczenia tego rodzaju.

Średni personel służby zdrowia zanim przystąpi do pielęgnowania powinien zapoznać się ze wspomnianą instrukcją. Jedynie dobre przygotowanie, właściwie zorganizowana współpraca lekarza, pielęgniarki i salowej mogą zapewnić najlepsze wyniki terapeutyczne i uchronić chorego przed ewentualnymi niebezpieczeństwami.

Oprac. W. L.

W SZKOLE I NA KURSIE

WARSZAWA

REZOLUCJA UCZESTNICZEK KURSU WYCHOWANIA SPOŁECZNEGO PRZY ZARZ. GŁ. PCK

MY, uczestniczki kursu Instruktorek Wychowania Społecznego, zorganizowanego przez Zarząd Główny PCK — zebrane na masówce w dn. 23 III br. — protestujemy przeciw stosowaniu broni bakteriologicznej przez imperialistów amerykańskich w Korei i Chinach. Solidaryzujemy się z wszystkimi uczciwymi ludźmi świata i żądamy natychmiastowego zaprzestania środków ludobójczych, stosowanych na bohaterskiej ludności Korei i Chin.

Domagamy się Pokoju, aby każdy człowiek mógł spokojnie pracować dla dobra swojej ojczyzny.

Żądamy zaprzestania remilitaryzacji Niemiec Zachodnich.

Domagamy się zawarcia paktu między 5 mocarstwami oraz utworzenia jednolitych, niezawisłych, demokratycznych Niemiec.

Wiemy, że zbrodniarzy spotka zasłużona kara.

My, Instruktorki Wychowania Społecznego, nie możemy pozostać obojętne wobec bestialskich zbrodni amerykańskich, przewyższających zbrodnie Hitlera. Postaramy się na odcinku swej pracy uświadamiać młodsze pielęgniarki o niszczycielskiej potworności imperializmu, który gubi ludzkość; wychowywać je w duchu miłości dla Związku Radzieckiego, ostoi pokoju na całym świecie. Postaramy się codzienną wydajną pracą i wzmożeniem czujności w walce z wrogiem klasowym i agentami imperialistycznych podżegaczy wojennych przyczynić się do ugruntowania potęgi naszej Ojczyzny, a tym samym sił Obozu Pokoju.

Hańba mordercom koreańskich kobiet i dzieci!

Żądamy ukarania winnych zbrodni popełnianych w Korei!

Pokój zwycięży wojnę!

Warszawa, dn. 23.III 1952.

*

W dniu 20 lutego rb. odbyła się w Zarządzie Głównym Polskiego Czerwonego Krzyża uroczystość zakończenia V kursu Młodszych Pielęgniarek, który był jednocześnie ostatnim kursem likwidującego się — ramach likwidacji ośrodków bez internatu, — Ośrodka Szkolenia Młodszych Pielęgniarek PCK przy ul. Hożej 53 w Warszawie.

Na uroczystość przybyli: Przedstawiciele KC i KW PZPR, Stołecznej Rady Narodowej, Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, Zarządu Głównego i Zarządu Oddziału Warszawskiego PCK oraz licznie zaproszeni goście.

Referat polityczny wygłosił opiekun kursu, mjr. Leciński.

Do absolwentek przemówił następnie Prezes PCK, dr Jan Rutkiewicz składając im serdeczne życzenia. W przemówieniu swym ob. Prezes podkreślił duże zasługi, jakie powzięła na polu kadr pielęgniarskich wysoko wykwalifikowana pielęgniarka, dyrektorka Ośrodka Szkolenia, Janina Rau, która otrzymała od Zarządu Głównego PCK specjalne pisemne podziękowanie oraz honorowe odznaczenie.

W czasie uroczystości zakończenia V kursu podkreślono również fakt, że instruktorkami w Ośrodku prowadzonym przez dyr. Rauową były dwie pielęgniarki awansowane poprzez egzamin państwowy z młodszych pielęgniarek: Maria Brzezińska i Danuta Błaszczak.

Obie te koleżanki, wykazały obok dużych zdolności i pracowitości, prawdziwe zamiłowanie do zawodu, oraz godną uznania wytrwałość w dążeniu do dalszego szkolenia. Na szczególne wyróżnienie zasłużyła postawa zawodowa i społeczna kol. Marii Brzezińskiej.

Część oficjalną uroczystości zakończyło przemówienie kol dyr Rau, w którym wytyczyła dalszą drogę społeczną i zawodową swym wychowankom, wzywając je do dalszego doszkalania się i wydajnej pracy.

Spośród 43 absolwentek V kursu Młodszych Pielęgniarek PCK następujące słuchaczki ukończyły kurs celująco i otrzymały nagrody:

Getta Krystyna za pomoc koleżeńską w nauce,

Łapińska Alicja za pracowitość i dobre wyniki w nauce,

Milewska Adela za pracę społeczną,

Przybysz Stanisława na wniosek chorych za troskliwą opiekę,

Roszkowska Maria za wysiłek i dobre wyniki w nauce,

Sikorska Marianna za pracowitość,

Skrzecz Janina za pracę ideologiczno - społeczną.

Po części oficjalnej nastąpiła starannie przygotowana część artystyczna w wykonaniu absolwentek. Dobór pieśni i recytacji oraz wykonanie artystyczne świadczyły o przemyślanej i dużej pracy włożonej w zajęcia świetlicowe Ośrodka.

OLSZTYN

Dn. 1 marca rb. Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa w Olsztynie przeżywała radosny dzień, gdyż po raz pierwszy po dwuletniej pracy oddała na usługi społeczeństwa 46 pielęgniarek, które zasilą kadry służby zdrowia na terenie województwa.

Praca włożona w wychowanie i szkolenie nowych pielęgniarek przyniosła dobre wyniki, bowiem na 46 absolwentek — 12 otrzymało dyplomy z wynikiem bardzo dobrym, 24 — z dobrym i 10 z wynikiem dostatecznym.

Dobrze zdany egzamin był zasługą nie tylko wykładowców i wychowawców, lecz był odbiciem zrozumienia doniosłej roli pielęgniarki przez uczącą się młodzież, która starała się przez cały dwuletni okres o jak najlepsze przyswojenie nauki.

Wśród absolwentek nie zabrakło przodownic nauki i pracy społecznej, a wielki wysiłek, włożony przez uczennice w pomoc słabszym koleżankom oraz ich własne postępy w nauce i w pracach społecznych na terenie szkoły zostały nagrodzone. Dyrekcja Państwowej Szkoły Pielęgniar-

stwa wyróżniła nagrodami książkowymi następujące absolwentki: ob. Kazimiera Nawrocka — I nagroda, Irena Dąbrowska — II nagroda, Maria Stefanowska — III nagroda, następne nagrody otrzymały Gaulówna Ewalda, Klimek Marta, Kukiel Janina, Walińska Janina.

Ponadto za pracę społeczną w organizacji młodzieżowej ZMP, 3 nagrody ufundował Zarząd Miejski ZMP. Również Zarząd Okręgu Związku Zaw. Pracowników Służby Zdrowia ufundował trzy nagrody dla przodownic nauki i pracy społecznej.

Kol. Dąbrowska, w imieniu wszystkich absolwentek, w serdecznych słowach wyraziła podziękowanie Dyrekcji i Wychowawcom oraz złożyła przyrzeczenie, że całą zdobytą wiedzę w szkolę i przyszłą swą pracę oddadzą na usługi społeczeństwa, jako dowód wdzięczności dla Władzy Ludowej za umożliwienie im zdobycia zawodu.

Poniżej podajemy nazwiska absolwentek:

Baranowska Leokadia
Biernat Alina
Bortkiewicz Aldona
Dąbrowska Irena
Dębiak Bronisława
Camplair Walentyna
Chrzanowska Halina
Bartosiewicz Wanda
Czapska Sabina
Ferczyk Nelly
Garbul Janina
Gaulówna Ewalda
Grzybowska Halina
Hajdukiewicz Weronika
Jaworska Irena
Juszkiewicz Halina
Kamińska Halina
Karwowska Maria
Klimek Marta
Kozikowska Teresa
Kruszewska Czesława
Kuczkowska Róża
Kukiel Janina
Cisowska Teresa
Laszka Renata
Kałowska Stanisława
Lemańska Lucyna
Łapińska Teresa
Mandryk Marta
Niedroszlańska Janina
Nawrocka Kazimiera
Olszewska Stanisława
Paszkowska Helena
Krawczuk Maria
Paukszto Aleksandra
Radzimowska Maria
Stefanowska Maria
Święcka Jadwiga
Szuszkiewicz Teresa
Sienkiewicz Irena
Tyszka Krystyna
Trzaskowska Krystyna
Tomaszewicz Danuta
Walińska Janina
Wiśniewska Wanda
Wieliczko Janina

Aleksandrowicz Stanisława
korespondent miejscowy



Wolna Trybuna

Nie jestem pedagogiem, podobnie zresztą jak wielu ludzi zajmujących stanowiska wychowawców w szkołach służby zdrowia. Dziwnymi zatem wydać się mogą moje rozważania pedagogiczne, postanowiłam jednak podzielić się nimi z czytelnikami naszego zawodowego pisma.

W czasie czteroletniej pracy w szkolnictwie służby zdrowia, mając do czynienia z wielką różnorodnością charakterów, z różnym poziomem umysłów, różnymi wynikami nauki i zachowania się uczennic, ciągle myślę jak znaleźć radę na złe zachowanie się i złe stopnie. Ostatnia narada aktywu ZMP rozjaśniła wiele rzeczy i wskazania jej są nam pomocne w pracy. Nie była ona jednak w stanie wyczerpać i rozwiązać wszystkich problemów nasuwających się w naszej codziennej pracy z młodzieżą.

Obcując i żyjąc z młodzieżą starałam się zawsze dokładnie i wnikliwie obserwować wszystkie przejawy tak dodatnie jak i ujemne. Na podstawie tych obserwacji doszłam do wniosku, że na życie w kolektywie mają wpływ jednostki o silnej, silniejszej niż u reszty, indywidualności. Żyjąc ciągle w zespole, jednostki te mogą konstruktywnie lub destruktywnie oddziaływać na resztę zespołu. Pracownik pedagogiczny kochający młodzież powinien starać się poznać indywidualnie każdego wychowanka, w częstych rozmowach z poszczególnymi wychowankami winien wnikać w troski szkolne, domowe i osobiste, poznać reakcje, siłę i sposób odczuwania różnych zjawisk życia. Dopiero na bazie znajomości każdego ucznia można przystąpić do kształtowania życia w kolektywie przez skierowanie złych skłonności silnych jednostek na właściwą drogę. przez pokierowanie złych skłonności tak, by ich dynamika mogła mieć zdrowe, dobre ujście.

Wychodzę z założenia, że nie ma złej młodzieży, że zło jako takie może być u młodzieży zjawiskiem jedynie patologicznym. Młodzież szuka dróg, krystalizuje swe pojęcia, urabia swój stosunek do otoczenia. Drogi są często złe pojęcia nie zawsze trafne stosunek do otoczenia, a zwłaszcza do przełożonych, oparty często na nieufności lub lęku: ale istota młodego charakteru zostaje zdrowa i dobra.

Praca nasza jest tego rodzaju, że nie widać w niej natychmiastowych efektów (np. dzisiaj, jutro lub za tydzień słyszymy, że ta lub inna uczennica jest zła, źle się uczy, nie szanuje sprzętu szkolnego, niegrzecznie odpowiada przełożonym, nie przyjmuje uwag). Praca nasza wymaga wiele cierpliwości, z bardziej opornymi musimy wiele rozmawiać i próbować różnych metod oddziaływania. Trzeba mieć wyczucie, gdzie działać łagodnością, gdzie zaś zastosować ostrą, ale rozsądną, przykładową karę.

Bezpośrednie. przyjazne i cierpliwe oddziaływanie wychowawcy może dać wiele, nie można jednak w naszej pracy stosować szablonu, gdyż charakter ludzki jest instrumentem o wielu strunach i wychowawca musi być wytrawnym wirtuozem, od jego trafnego uderzenia zależy wydobycie szlachetnych tonów, które kryją się w osobowości naszej młodzieży, nawet tej „najgorszej".

Na jedną sprawę chciałabym zwrócić specjalną uwagę. Wychowawca nie powinien nigdy, nie wolno mu pod groźbą utraty wyników pracy podejmować postanowień i decyzji dotyczących spraw młodzieży bez głębokiego i wszechstronnego przeanalizowania przyczyn i skutków, gdyż czasem wydawszy decyzję stajemy przed niemożliwością wykonania jej przez młodzież. Wchodzimy wtedy w ślepą uliczkę, prowadząc naszych wychowanków, którzy widząc naszą nieudolność tracą do nas

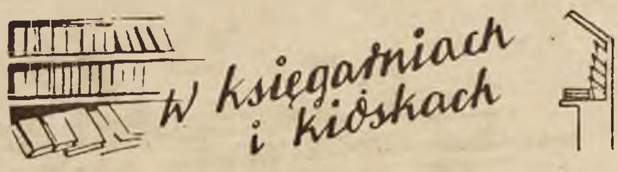
zaufanie, a czasem i szacunek. Musimy pamiętać, że młodzież jest dobrym obserwatorem.

Aby praca szkoły jako całości dawała dobre wyniki, nie można sobie wyobrazić osobno pracy kierownictwa, osobno zaś pracy kolektywu młodzieży. Praca ta musi być jak najściślej ze sobą powiązana przez różnorodność dostępnych i możliwych form i ogniw, a wtedy owocem będą pozytywne wyniki nauki, należyte zachowanie się młodzieży, dobre samopoczucie kierownictwa i wychowanków.

Irena Mardeusz
Wice dyrekt. P.S.P.
w Nowym Sączu

Wzywamy Koleżanki, prowadzące pracę wychowawczą w szkołach i na kursach pielęgniarstwa do zabraniu głosu w dyskusji, zapoczątkowanej przez kol. Mardeusz.

Redakcja



Teresa Kulczyńska „PODRĘCZNIK PIELĘGNIARSTWA". Wydanie I. sierpień 1951 r. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich w Warszawie.

„Podręcznik Pielęgniarstwa" to pierwszy i jedyny dotąd, polski podręcznik, obejmujący całokształt zasad pielęgniarstwa. Materiał opracowany jest logicznie, podany systematycznie i rzeczowo. Podana technika zabiegów jest prosta, opisy staranne, jasne i zrozumiałe. Zaletą jest również bogata różnorodność podanych zabiegów i ich zgodność z rozwojem wiedzy medycznej oraz poziomem techniki w służbie zdrowia. Podręcznik, opracowany według programu Ministerstwa Zdrowia dla szkół pielęgniarstwa, zmniejsza dotkliwe trudności w nauczaniu zasad pielęgniarstwa w szkołach średnich służby zdrowia.

Książka ta nie jest jednak wolna od zarzutów. Szkoda, że koncepcja pielęgniarstwa, którą narzuca nam podręcznik, nie odzwierciedla w dostatecznym stopniu najnowszych tendecji w służbie zdrowia. Wydaje się, że w dobie, w której tak wielki nacisk kładziemy na profilaktykę, podręcznik pielęgniarstwa powinien obszerniej obejmować higienę i wyraźniej podkreślać sanitarno-oświatową rolę pielęgniarki.

Pozatym nowa koncepcja pielęgniarstwa — realizując wytyczne nauki Pawłowa — kładzie większy nacisk na troskę o stan psychiczny chorego. Trudno pogodzić się z tym np., że „wstępne wiadomości o pielęgnowaniu w chorobach kobiecych i w położnictwie" to — przemywanie pochwy i zmywanie krocza, a w chorobach wewnętrznych — płukanie żołądka i karmienie zgłębnikiem. Są to raczej najczęściej stosowane zabiegi w tych schorzeniach, brak polega chociażby na tym, że opisy nie obejmują reakcji chorego na ten zabieg oraz wskazówek odnośnie uzyskania współpracy pacjenta w ogólnym procesie powrotu do zdrowia.

Reasumując: książka obejmuje pielęgniarstwo w węższym znaczeniu tego pojęcia, ale niewątpliwie odda wielkie usługi uczennicom, instruktorkom i pielęgniarkom, być może — jak sobie tego życzy autorka — „zachęci koleżanki do dalszej próby w kierunku przygotowania pomocy szkolnych".

Wadą pracy Kulczyńskiej jest mało poprawny język polski oraz niestaranne wydanie książki.

R. H.

PRZEGLĄD PRASY KRAJOWEJ

Uwzględniając życzenia Czytelniczek, podajemy tytuły artykułów, umieszczonych w periodykach, które — zdaniem naszym — mogą zainteresować Koleżanki-pielęgniarki.

ZDROWIE PUBLICZNE — nr 1:

Prof. dr K. Rowiński — Drogi rozwoju medycyny polskiej.
Mgr. A. Frankiewicz — Normy obsady personelu szpitalnego.
Dr F. Wielkopolski — Wytyczne nowego budownictwa szpitalnego.
Doc. dr J. Kossakowski — Zagadnienie tworzenia dziecięcych oddziałów chirugicznych i ich organizacja.
Mgr. Volmer — Skargi i zażalenia chorych szpitalnych.

POŁOŻNA — nr 1:

Dr Z. Filar — Szkic historyczny początków położnictwa.
Robert Koch.
Prof. dr W. Sowiński — Rzucawka (eclampsia).
Dr S. Sobierański — O rozpoznawaniu ciąży.
Dr E. Laudańska — Zakażenie połogowe.

POŁOŻNA — nr 2:

Wytyczne postępowania leczniczego Poradni dla Kobiet.
M. Pirogow.
G. M. Aleksandrow — Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża.
Dr J. Fidler — Rak narządu rodnego kobiety.

GRUŹLICA Nr 1 styczeń — luty 1952.

J. Moll — Rezekcja tkanki płucnej z powodu gruźlicy płuc.

H. Szczepańska — Stan biologiczny i dalszy los dzieci matek ze zmianami gruźliczymi w płucach rodzącej pod osłoną streptomycyny.

PRZEGLĄD LEKARSKI Nr 2 Kraków 1952.

M. Bańkowski i Fr. Mikinka — Trudności w rozpoznawaniu gruźlicy w pylicy płuc.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 3 4, 21 I 1952.

A. Goldschmied i Z. Rahalska — O leczniczym działaniu długotrwałego snu w chorobie wrzodowej.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 5 6, 4 II 1952.

S. Adamski — Leczenie oparzeń fioletem goryczkowym.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 9 10, 3 III 1952.

J. Węgierko — Kilka faktów będących podstawą leczenia cukrzycy.

PRZEGLĄD ZWIĄZKOWY Nr 2 luty 1952.

Z. Kratko — O ruchu współzawodnictwa pracy.
B. Waszul — Pierwszy rok działalności społecznej inspekcji pracy.
A. Żychowski — Terapia pracy i rehabilitacja w sanatoriach przeciwgruźliczych.
Prawo pracy.

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje; poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportarzu „Ruch" KONTO PKO: Nr I-15978 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 1.50. kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zl 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Drukarnia Wydawnictwa MON Warszawa. Zam. Nr 772 4.250 3-B-15175